

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2025

347

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 juillet 1909, à 1 heure

Par **Maximin LEULIER**

Né à Croutelle (Vienne) le 7 août 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GOITRES DE LA BASE DE LA LANGUE

(TRAVAIL DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE)

Président : M. QUÉNU, professeur.

*Juges : { MM. P. BAR et RIBEMONT-DESSAIGNES, professeurs.
FAURE, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		DEJERINE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD.
Clinique médicale.	}	ROGER.
Maladies des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	}	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies des voies urinaires.		GAUCHER.
Clinique d'accouchements	}	RAYMOND.
Clinique gynécologique		PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale infantile		QUENU.
Clinique thérapeutique		RECLUS.
Agrégés en exercice.		SEGOND.
MM.		De LAPERSONNE
AUVRAY	CUNÉO	ALBARRAN.
BALTHAZARD	DEMELIN	PINARD.
BRANCA	DESGREZ	BAR.
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	RIBEMONT-DES-
BRINDEAU	GOSSET	SAIGNES.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	POZZI.
BRUMPT	JEANNIN	KIRMISSON.
CARNOT	JEANSELME	A. ROBIN.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	
COUVELAIRE	LANGLOIS	
	LAUNOIS	NOBÉCOURT
	LECENE	OMBREDANNE
	LEGRY	POTOCKI
	LENORMANT	PROUST
	LÉPER	RENON
	MACAIGNE	RICHAUD
	MAILLARD	RIEFFEL
	MARION	SICARD
	MORESTIN	ZIMMERN
	MULON	
	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NEW METHOD OF TEACHING
BY THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD
OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

MEIS ET AMICIS

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A NEW METHOD OF THE MOTHERS OF THE CHILDREN

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE POITIERS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

M. LE PROFESSEUR HAYEM

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE PROFESSEUR P. BAR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ACCOCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER

M. ROCHON-DUVIGNAUD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HÔPITAL LAENNEC

Externat 1907-1908.

M. PIERRE SEBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEF DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE. (*Externat 1908-1909*).

M. E. LOMBARD

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX

MM. GIBERT ET LEMAITRE

ASSISTANTS DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

La connaissance des goîtres de la langue remonte seulement à la fin du siècle dernier. Jusqu'à cette époque ils restèrent confondus dans le chaos obscur que formait alors le groupe des tumeurs linguales.

Depuis, l'examen systématique des pièces anatomo-pathologiques et les grands progrès apportés par les laryngologistes dans l'endoscopie ont permis de déterminer d'une façon très précise leur tableau clinique et leur constitution. Les découvertes de His sur le développement des arcs branchiaux furent la clef de leur pathogénie.

Nous avons eu la bonne fortune d'en observer deux cas dans le service de notre maître M. le professeur agrégé SEBILEAU.

Vivement intéressé par cette affection sur laquelle nos livres de chevet restent muets ou glissent très rapidement, nous avons réuni les observations parues jusqu'à ce jour et consulté les quelques travaux faits sur la question.

Ce sont les résultats de nos recherches et les réflexions que nous a inspirées l'étude de nos malades qui constituent le sujet de notre thèse. Nous n'avons pas la pré-

tention d'émettre des idées nouvelles, nous avons voulu simplement grouper dans un travail d'ensemble toutes les connaissances actuelles sur cette tumeur.

A en juger par le petit nombre d'observations publiées, ce goitre est rare. Nous verrons au cours de cette étude qu'il peut passer complètement inaperçu, ignoré du malade, et n'être qu'une découverte d'examen ou d'autopsie. Peut-être aussi l'ignorance de cette affection la fait-elle encore méconnaître? Nous souhaitons qu'elle trouve bientôt sa place dans tous les traités de chirurgie et de laryngologie; sa connaissance permettra d'éviter de regrettables erreurs et probablement d'augmenter rapidement la liste des observations.

Nous n'étudierons que le goitre de la base de la langue, le goitre de la pointe est tout à fait exceptionnel et n'a été rencontré qu'une fois (1).

Nous avons divisé notre travail en trois parties.

Il nous a paru indispensable, avant d'aborder ce sujet, de consacrer un article au développement des arcs branchiaux. C'est là notre première partie.

Dans la seconde nous avons réuni les observations.

La troisième est réservée à la pathologie.

Nous tenons à remercier notre maître de l'accueil bienveillant qu'il nous fit dans son service. Nous garderons toujours ineffaçable le souvenir de ses judicieux conseils et de son précieux enseignement. Nous le prions d'agréer notre profonde gratitude et notre vive reconnaissance.

1. GORIS. *Presse oto-rhino-laryngologique belge*, janvier 1907.

PREMIÈRE PARTIE

EMBRYOLOGIE

Nous étudierons d'abord la formation et l'évolution des arcs branchiaux chez l'embryon. Cette étude est nécessaire pour bien comprendre les rapports du corps thyroïde avec la langue pendant son évolution.

Chez l'embryon le cou est d'abord extrêmement court. Il est formé d'une cavité (cavité pharyngienne) et d'une paroi. Cette paroi est constituée sur ses faces antérieure et latérales par l'entoderme et l'ectoderme que sépare une très mince couche de mésoderme, elle est lisse et unie sur ses deux faces ectodermique et entodermique.

De très bonne heure, pendant la deuxième semaine, de chaque côté du cou la mince lame mésodermique que nous venons de voir s'épaissit en quatre points symétriquement disposés suivant une ligne verticale, repoussant en dedans l'entoderme, refoulant en dehors l'ectoderme. Au-dessus et au-dessous de ces épaisissements l'entoderme et l'ectoderme restent accolés.

Ces épaisissements, ébauches des arcs branchiaux s'avancent progressivement d'arrière en avant et de haut en bas vers la ligne médiane. Ils forment alors de chaque côté du cou quatre bourrelets saillants séparés par des sillons. Une coupe frontale du cou vers la troisième semaine montre clairement la constitution des arcs. Ils forment des cercles pleins réunis par une membrane mince résultant de l'accolement de l'ectoderme et de l'entoderme. Cette lame a reçu le nom de *membrane clôturale*. De chaque côté en dehors et en dedans de la membrane clôturale se trouve un sillon, l'ectodermique peu profond a reçu le nom de *sillon branchial*, l'entodermique beaucoup plus prononcé est appelé *poche branchiale*.

Les quatre arcs ne se développent pas avec la même rapidité. Les deux moitiés du premier atteignent la ligne médiane et se réunissent pendant la quatrième semaine. Un peu plus tard les extrémités du deuxième terminées en pointe arrivent au contact l'une de l'autre. Les troisième et quatrième ne s'étendent jamais jusqu'à la ligne ventrale, ce dernier en restant toujours plus éloigné que le précédent. Il en résulte la formation d'un triangle à base inférieure à sommet supérieur où la paroi est restée lisse et unie, c'est le *champ mésobranchial* de His.

L'aire du triangle est bientôt occupée à son sommet par une saillie arrondie le *tuberculum impar* de His (origine du corps et de la pointe de la langue) ; à sa partie inférieure au niveau des troisième et quatrième arcs apparaît une autre saillie plus considérable : elle

est creusée en bas d'un sillon médian, qui la divise en deux bourrelets lui donnant la forme d'un fer à cheval, c'est la *furcula* de His (rudiment de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques). La dépression séparant les deux bourrelets représente le futur orifice supérieur du larynx.

Développement de la langue — Les extrémités antérieures de la troisième paire branchiale se portent à la fois en avant et en haut à la rencontre de la deuxième paire et se soudent avec elle. Au point de réunion apparaît un bourrelet, situé entre le tuberculum impar et la *furcula*. Ce bourrelet constitue l'ébauche de la base de la langue, qui va s'unir à l'ébauche antérieure (tuberculum impar). La soudure commence d'abord sur les côtés et s'étend d'avant en arrière sans jamais être complète.

La ligne de réunion de ces deux parties constituantes se voit bien chez l'adulte où elle forme le V lingual. Au sommet du V persiste une dépression le *foramen cæcum* vestige du canal thyroglosse ; nous allons voir sa signification.

Développement du corps thyroïde. — Le corps thyroïde naît d'un rudiment médian et de deux rudiments latéraux.

Nous avons vu que les deux moitiés du deuxième arc ne se réunissent que partiellement. Elles ne se touchent que par une pointe laissant ainsi à découvert le tuberculum impar.

Il résulte de cette union partielle la formation d'un petit cul-de-sac ouvert dans le pharynx et situé derrière

le tuberculum impar. Ce cul-de-sac, ébauche médiane du corps thyroïde, apparaît chez l'embryon de 5 millimètres.

Cette fossette apparaît donc avant le rudiment de la base de la langue, elle se trouve interposée entre les ébauches de cet organe et c'est à son niveau, au sommet du V, que la réunion ne peut se produire. La fossette se pédiculise sous l'influence du redressement de la tête et de l'allongement du cou, son pédicule forme un canal épithélial grêle descendant au-devant du larynx, ouvert en haut dans le pharynx et bifurqué à sa partie inférieure, c'est le *ductus thyréoglossus* de His. D'après cet auteur, le canal s'oblitére vers le deuxième mois de la vie intra-utérine et il ne reste de lui qu'un tractus épithélial. La partie inférieure de l'ébauche médiane bifurquée émet des bourgeons et des prolongements épithéliaux, première esquisse des lobes futurs.

Les ébauches latérales sont formées par un diverticule ventral de la quatrième poche entodermique. Elles se mettent assez rapidement en contact avec l'ébauche médiane et forment, d'après His, les lobes latéraux du corps thyroïde. Les recherches de PRENANT, SOULIÉ et VERDUN ont montré que les ébauches paires ne prennent aucune part à la formation de l'organe qui provient entièrement de l'ébauche médiane.

Le canal thyréoglosse s'oblitére normalement vers le deuxième mois de la vie intra-utérine. Dans ces cas sa partie toute supérieure seule persiste, formant au sommet du V lingual la petite dépression dont nous avons

parlé bien et connue sous le nom de *foramen cæcum*. Sa partie inférieure donne la pyramide de Lalouette.

Le canal peut rester perméable sur tout son trajet. Cette disposition est rare, His l'a rencontrée deux fois chez des fœtus à terme. Il peut n'exister que dans la partie sus-hyoïdienne et forme alors le « canal lingual des chirurgiens. »

Plus souvent le canal se fragmente et ne reste perméable que par endroits. Ces fragments peuvent donner naissance à des petites glandes accessoires.

WÆLFLEER pense que ces glandes accessoires sont des granulations sporadiques détachées de la glande principale pendant l'étirement qu'elle subit lors de la déflexion de la tête chez l'embryon, c'est également l'opinion de TOURNEUX et HERMANN.

Quoi qu'il en soit de l'origine des glandes accessoires, on les trouvera toujours sur le trajet du canal thyro-glosse, suivant une ligne médiane allant du foramen cæcum à l'os hyoïde.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle).

*Un cas de goître de la base de la langue, accompagné
de myxœdème.*

Observation du service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière.

Françoise Ph..., 13 ans 1/2, fut amenée à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière, en janvier 1907, par des troubles de la respiration nasale.

Le père est mort à 63 ans d'une affection de la vessie, paraissant ressortir à une hypertrophie de la prostate. La mère est morte à 52 ans d'une congestion alcoolique. Elle est la plus jeune de six frères et sœurs bien portants.

L'examen de la cavité buccale et du cavum révèle une hypertrophie des amygdales et la présence de volumineuses végétations adénoïdes. La malade toute petite a à peine la taille d'un enfant de 10 ans et présente des signes de crétinisme. L'attention est attirée par un méplat au niveau de la région thyroïdienne

et une palpation très attentive ne permet pas de découvrir le corps thyroïde. On conclut à l'absence congénitale de cet organe et on pratique l'adénotomie et l'amygdalotomie. Ces opérations furent suivies d'une abondante hémorragie.

Quelques jours plus tard F. Ph..., revenait dans le service pour une laryngite. A l'examen laryngoscopique, on est frappé par la présence d'une tumeur sous-muqueuse de la grosseur d'une cerise siégeant sur la base de la langue, à gauche de la ligne médiane. La muqueuse à ce niveau est rouge et laisse voir par transparence de petites varicosités.

Cette tumeur fort bien limitée est résistante et élastique. La muqueuse est mobile sur la masse sous-jacente. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

Cette tumeur est tout à fait indolente et aucun signe fonctionnel ne pouvait faire supposer sa présence.

On procède alors à l'examen général de la malade qui présente comme nous l'avons dit des signes très accusés de myxœdème. Malgré son âge elle ne mesure que 1 m. 20 et ne pèse que 30 kilogrammes. La face est bouffie, le cou court, la tête démesurément grosse par rapport aux dimensions du corps. La colonne vertébrale et les membres sont normaux; la marche est dandinante.

La peau est marbrée, épaissie et froide. La malade se plaint de cryesthésie.

La muqueuse buccale est tuméfiée et les dents y laissent leur empreinte.

La malade n'est pas formée, les seins sont minuscules.

La région pubienne et le creux axillaire sont glabres, par contre les cheveux sont abondants et assez souples.

Le pouls est petit, imperceptible. La température rectale est normale 37°1.

F. Ph..., a des hémorrhagies nasales assez fréquentes. Depuis quelque temps elles sont plus abondantes et s'accompagnent d'une céphalalgie siégeant au sommet de la tête. La petite patiente se plaint aussi de douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs. Elle a quelquefois des vertiges.

L'intelligence et la mémoire de notre malade sont bien au-dessous de la moyenne. Elle est d'un caractère doux et soumis, mais apathique et toujours engourdie, elle ne peut se décider à jouer que si on l'y force.

Monsieur le Dr SEBILEAU porte le diagnostic de goitre de la base de la langue, avec myxœdème.

Le 14 mars. — Les troubles respiratoires sont disparus et la petite malade travaille un peu plus facilement. Sans aucun doute ce résultat tient uniquement à l'adénotomie.

F. Ph... est soumise au traitement thyroïdien et prend un comprimé de thyroïdine Bayère par jour.

Le 21 mars. — La taille a augmenté de 1 centimètre. On ordonne deux comprimés par jour.

Le 28 mars. — La patiente a grandi de 1 centimètre, mais elle se sent fatiguée et a maigri de 500 grammes. On suspend le traitement.

Le 4 avril. — La fatigue est moins grande, la taille n'a pas changé.

La bouffissure de la face diminue. La malade est plus vive mais a encore perdu 500 grammes.

Le 15 avril. — On n'observe aucune modification et on prescrit un comprimé par jour.

Le 22 avril. — F. Ph... a augmenté de 1 centimètre et ne

pèse plus que 28 kilogrammes ; elle continue à prendre un comprimé.

Le 29 avril. — Le poids a encore diminué de 500 grammes, la taille reste stationnaire. La malade a de violents maux de tête et des épistaxis journalières au réveil. Elle souffre de douleurs dans les jambes.

Le 6 mai. — Elle a grandi d'environ 1 centimètre. Le poids a augmenté de 500 grammes. Les épistaxis ont disparu. Suspension du traitement.

Le 27 mai. — Amaigrissement de 500 gramme , taille stationnaire. La petite malade est moins engourdie et plus gaie.

Le 26 juin. — Augmentation de poids de 500 grammes. La taille est de 1 m. 25. Revaccination sans succès. L'état psychique est peu amélioré. Reprise du traitement à un comprimé.

Le 22 juillet. — La malade n'a suivi le traitement que pendant dix-sept jours. La taille est la même, le poids a augmenté de 500 grammes. La peau est plus souple et l'état général s'améliore. Suspension du traitement.

Le 9 septembre 1907. — La malade vient de faire un séjour de six semaines à la campagne ; pendant ce temps elle n'a pas pris de thyroïdine. État général assez bon. Amaigrissement de 4 livres. Taille stationnaire. Pouls 96.

Le 3 mai 1909. — Nous avons revu la malade.

Bien que F. Ph... n'ait suivi aucun traitement depuis le mois de juillet 1908 son état général s'est amélioré. La bouffissure a diminué, l'œdème de la muqueuse buccale a disparu. Elle mesure actuellement 1 m. 38.

L'épiderme des mains est épais et rugueux, les extrémités sont froides. La malade se plaint d'éprouver souvent une sensation

de froid aux pieds. Elle n'est pas encore réglée et ses seins ne sont pas développés.

L'état mental est bien meilleur, quoique lente F. Ph... travaille bien et sans éprouver aucune fatigue. Température rectale 37°2. Pouls 92 pulsations.

La tumeur linguale présente toujours les mêmes caractères.

Observation II (personnelle.)

Un cas de goître de la base de la langue accompagné de myxœdème.

Observation du service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière.

Lucienne G..., 17 ans 1/2, domestique, se présente à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière le 27 janvier 1909. Elle se plaint d'être gênée par une tumeur siégeant sur la partie postérieure de la langue et demande à être opérée.

Elle est née à Saint-Quentin et à toujours habité le département de l'Aisne. Jamais elle n'a été souffrante. On ne relève aucun fait intéressant dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Au début, le développement de la tumeur a complètement échappé à la malade. Au mois d'avril 1908 son entourage remarqua le changement de timbre de sa voix. C'est le premier symptôme qui attira son attention. Elle consulta un médecin de province qui la traita par des cautérisations au thermocautère. Ces cautérisations entraînaient une dysphagie intense pendant vingt-quatre heures. On ne peut obtenir de renseignements ni sur le volume à cette époque ni sur le développement ultérieur.

Depuis trois mois la tumeur fut le siège de cinq hémorragies, dont trois survinrent à l'époque des règles. La malade ne se souvient bien que de deux. Elles la prirent brusquement l'une au milieu d'un repas l'autre pendant son sommeil. Le sang rouge était à la fois craché et expulsé par les fosses nasales. Ces hémorragies durèrent environ une demi-heure, déterminant une pâleur intense mais ne s'accompagnant d'aucun subjectif.

En faisant ouvrir la bouche et en abaissant fortement la langue on voit immédiatement en arrière du V lingual une tuméfaction volumineuse qui occupe une grande partie de l'isthme du gosier. Dans le plan frontal, elle s'étend d'un pilier postérieur à l'autre, en arrière elle fait saillie dans la cavité pharyngienne. Étalée et se confondant avec la base de la langue à droite, elle est très proéminente à gauche. La face supérieure présente deux petites saillies mamelonnées. La muqueuse qui la recouvre est rose vif, tendue, luisante et unie. De nombreuses *varicosités* rampent à la surface.

Élastique et résistante, cette tumeur montre en arrière deux bosselures arrondies. Comme les supérieures ces saillies sont plus dures que le reste de la masse. La muqueuse n'adhère pas à la tumeur sous-jacente.

Le toucher buccal et la palpation sus-hyoïdienne combinés permettent de saisir la tumeur en masse. Elle est bien limitée, irréductible, son volume atteint celui d'un œuf de pigeon.

Malgré son volume, cette tumeur ne détermine que peu de signes fonctionnels. La patiente ne se plaint pas de dysphagie, seule la déglutition des bols alimentaires volumineux est difficile. La nuit la gêne respiratoire se traduit par du ronflement ; ce trouble ne peut provenir des fosses nasales absolument libres. La voix est lente, monotone et nasonnée.

Comme chez la malade précédente il n'y a pas d'adénopathie; on ne peut découvrir le corps thyroïde à la palpation et la patiente présente des signes atténués de myxœdème.

Les paupières sont œdématisées, les joues bouffies et tombantes, le nez épaissi, les lèvres volumineuses. La colonne vertébrale et les membres sont normaux. La taille est de 1 m. 59.

La peau est épaissie. La malade ne ressent pas de cryesthésie. Les cheveux et les poils sont souples et abondants. Les muqueuses sont normales.

Réglée à 13 ans, elle le fut assez irrégulièrement jusqu'au commencement de 1908. Pendant six mois elle eut alors une suspension complète des règles. Les seins sont peu volumineux.

L. G. est assez intelligente, mais est engourdie et apathique, sa mémoire est endormie et lui fait bien souvent défaut.

Le pouls est rapide, 104 pulsations. La température rectale normale 37°1.

M. le Dr SEBILEAU porte, comme pour la première malade, le diagnostic de goitre de la base de la langue. Malgré le volume de la tumeur, considérant la faible intensité des symptômes, et l'absence de corps thyroïde notre maître refuse de pratiquer l'extirpation.

Le 12 février. — La malade est soumise au traitement thyroïdien. On lui prescrit deux sphérulines de Montcourt par jour.

Le 24 février. — Les règles sont en retard de quinze jours. La bouffissure de la face diminue. Pouls 115. On suspend le traitement quinze jours.

Le 21 mars. — Les règles ont été normales. Il n'y a pas eu d'hémorragie. L'œdème diminue un peu. La malade maigrit. Pouls 114.

Le 8 avril. — Les règles sont en retard de huit jours, l'état

général est bon. La malade continue à maigrir. L'œdème diminue.

Nous n'avons pu revoir notre malade depuis cette date.

Observation III

HICKMANN. — *Tumeur de la base de la langue, refoulant l'épiglotte sur le larynx et occasionnant la mort seize heures après la naissance.*

Le 24 juin 1868, M^{me} C... accoucha d'une fillette bien conformationnée. L'enfant sembla sans vie, car elle ne criait pas et ne faisait aucun mouvement respiratoire. Par des frictions et un bain chaud, la respiration fut établie, et se continua toute la nuit, entrecoupée de suffocations et de gémissements. A plusieurs reprises, l'enfant essaya de prendre le sein, mais ne put garder le mamelon dans sa bouche. Comme la respiration devenait de plus en plus embarrassée, le D^r Hickmann fut appelé en toute hâte. Il constata, dans la bouche, une tumeur volumineuse qui occupait toute la partie postérieure de la langue et donnait l'impression d'une épiglotte considérablement tuméfiée. Il introduisit le petit doigt dans la cavité buccale, et, attirant la tumeur en avant, créa ainsi un espace libre entre elle et le palais ; en même temps, on pratiquait la respiration artificielle sans pouvoir ramener l'enfant à la vie. La ligature ou l'excision de la tumeur ne pouvaient être pratiquées puisqu'on ne connaissait pas ses rapports profonds.

A l'autopsie, on trouva au centre de la base de la langue, dans la portion qui descend verticalement dans le pharynx, une tumeur arrondie, bien délimitée, dont le diamètre sagittal mesurait environ trois quarts de pouce, le diamètre transversal, un demi-pouce. Cette tumeur faisait sur la langue une saillie d'un

demi-pouce; elle était dure, irrégulière; en arrière, elle repoussait l'épiglotte qui, devenue horizontale, fermait complètement le larynx. Elle s'enfonçait profondément dans la substance propre de la langue dont elle se distinguait facilement par sa couleur plus claire et par son tissu plus mou et spongieux.

Le revêtement épithélial et le tissu sous-jacent sont normaux. Ce néoplasme est composé de follicules de grandeurs très variables, séparés par des faisceaux de tissu conjonctif riche en noyaux et remplis en grande partie d'un contenu muqueux coagulé. On trouve aussi de nombreux et gros vaisseaux sanguins; pas de fibres musculaires.

Observation IV

LUCKE, observation rapportée par *Merten*.

Depuis son enfance, un écrivain était porteur d'une tumeur siégeant au-dessus de l'os hyoïde.

Cette tumeur avait beaucoup grossi depuis un an et déterminait de vives douleurs lorsque, pendant son travail, le malade penchait la tête sur sa table. Elle atteignait la grosseur du poing, occupait la ligne médiane de la région sous-mentonnière, était mobile et se sentait dans la bouche au niveau de la base de la langue. On fit le diagnostic de kyste dermoïde ou de fibrome adhérent à l'os hyoïde.

L'ablation de la tumeur fut faite par la voie sus-hyoïdienne; hémorragie peu considérable; guérison rapide en six semaines.

L'examen histologique montra du tissu thyroïdien, dont les follicules contenaient de la substance colloïde.

Observation V

R. PARKER. — *Adénome tubulaire à la face dorsale de la racine de la langue.*

Chez une jeune fille de 16 ans 1/2, on trouva, immédiatement devant l'épiglotte, une tumeur de la grosseur d'une noix, proéminente, hémisphérique, dure et légèrement élastique, recouverte d'une muqueuse vascularisée.

En juin 1877, la tumeur fut divisée en deux parties et chaque partie enlevée séparément.

Une portion n'avait pas été extirpée et, en décembre 1878, à la place de la première tumeur, on trouva un nouveau néoplasme, de volume moitié moindre. En avril 1881, il avait beaucoup diminué et, longtemps après, la sœur de la malade informa Parker qu'elle était rétablie et ne souffrait plus que d'une gêne légère.

L'examen microscopique montra que la tumeur était composée de tubes glandulaires à épithélium cubique. Ces tubes étaient de grandeur très variable; quelques-uns contenaient des masses gélatiniformes, d'autres étaient gorgés de globules sanguins (provenant sans aucun doute de l'écrasement du tissu par les pinces pendant l'opération).

Observation VI

BERNAYS. — *L'origine du foramen cæcum montrée par une opération sur une tumeur rare de la racine de la langue.*

Depuis six mois, une jeune fille de 17 ans présentait une tumeur qui déterminait de la dysphonie et de la dysphagie. Si-

tuée sous le menton, elle s'étendait à la base de la langue où on pouvait la voir et la sentir. Elle se composait de deux parties séparées : la supérieure était grosse comme une cerise, l'inférieure comme un petit œuf. A la surface de la première, se trouvait une dépression en forme de canal, ayant un quart de pouce de profondeur et répondant au foramen cæcum. La moitié de cette tumeur, recouverte de muqueuse, faisait saillie dans la cavité pharyngienne; l'autre moitié s'enfonçait entre les muscles de la langue. Immédiatement au-dessous et exactement sur la ligne médiane, la tumeur inférieure, entourée des muscles linguaux, occupait la place du septum.

Incision du bord du maxillaire inférieur à l'os hyoïde. Extirpation.

A l'examen microscopique, la structure se rapproche beaucoup de celle du tissu thyroïdien normal.

Observation VII

R. WOLF. — *Un cas de corps thyroïde accessoire de la base de la langue.*

Une jeune fille de 18 ans, toujours bien portante, se plaignait, depuis sa douzième année, époque à laquelle elle avait eu une atteinte de coqueluche, de gêne dans le gosier.

La malade, au moment où Wolf la vit, en octobre 1888, se plaignait d'une sensation de gonflement et de plénitude dans le cou. L'inspection simple de la cavité buccale ne laissait rien voir. Avec le laryngoscope, on vit, sur le côté gauche de la base de la langue, une tumeur dont la couleur différait de celle des autres parties de l'organe. Le toucher permettait de reconnaître

une masse dure qui s'étendait jusqu'à la ligne médiane et se perdait vers le milieu de l'épiglotte. Wolf appliqua un traitement ioduré énergique accompagné de badigeonnages à la glycérine iodée. Ce traitement parut donner de bons résultats; la gêne était diminuée, la malade pouvait déglutir plus facilement et la sensation de corps étranger n'était plus aussi forte. Mais la tumeur recommença à croître. Les sensations de constriction et la dysphagie réapparurent. La patiente entra à l'hôpital en janvier 1889.

Le 6 février, WOLF procéda à l'extirpation : trachéotomie préventive, ligature des artères linguales, section du maxillaire. Après section de la muqueuse buccale et de l'arc palato-glosse, la tumeur put être avancée et extirpée. La malade put se lever très rapidement et ne présenta qu'un léger embarras de la parole qui disparut entièrement.

La tumeur, qui avait la dimension d'une pièce de deux marcks, s'enfonçait dans les tissus de la langue.

E. FRANKEL qualifia cette formation de glandule thyroïde accessoire.

Observations VIII et IX

BUTLIN. — *Deux cas de tumeur glandulaire de la langue.*

1^o Une femme de 32 ans présente une tumeur du dos de la langue qui détermine de la gêne depuis un an. La langue fortement tirée, on voit nettement la tumeur, grosse comme un œuf de poule, arrondie et recouverte par la muqueuse. La consistance est dure mais tellement élastique qu'on fait une ponction qui détermine une abondante hémorragie. Le néoplasme

semble avoir envahi l'épiglotte et son volume énorme ne permet pas de voir le larynx. BUTLIN fait le diagnostic probable de **sarcome de la base de la langue ou de l'épiglotte.**

Le 6 mars 1889, trachéotomie avec la canule tampon. La langue est tirée au dehors, ce qui rend la tumeur très accessible. Incision de la muqueuse, décollement autour de la tumeur, morcellement, grattage au doigt et à la curette, hémorragie assez abondante.

La canule fut enlevée le lendemain. L'examen laryngoscopique permit de voir le siège exact de la tumeur qui était placée à un demi-pouce de l'épiglotte tout à fait normale.

Au mois de juin de la même année, nouvelle tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule ; la malade refusa l'opération. Le 8 novembre, le néoplasme avait diminué de volume.

2° Une femme de 27 ans avait depuis quatre ans des hémorragies. Depuis deux ans, elle portait à la base de la langue une tumeur, dont la ponction avait provoqué une abondante hémorragie. Pendant les neuf derniers mois, cette tumeur dont le début échappa complètement à la malade, déterminait un embarras de la parole et une grande gêne de la déglutition. Elle occupait exactement la même place que la précédente, mais était plus petite. Le 29 mai, ablation à l'anse galvano-caustique, accompagnée d'une forte hémorragie.

On remarqua, le 18 juin, quand la malade quitta l'hôpital que le néoplasme n'avait pas été entièrement extirpé ; six mois après, il y avait une légère récurrence.

BUTLIN considéra que ces deux tumeurs de structure identique étaient composées de tissu thyroïdien.

Le 9 janvier 1875, il présenta une de ces malades à la Société

de Laryngologie de Londres; il existait une petite tumeur sur le côté gauche de la base de la langue.

Observation X

A. STACLIN. — *Zur Kasuistik der accessorischen Schilddrüse*

Une femme de 77 ans, depuis 30 ans à l'hôpital général des vieillards, mourut après une courte maladie, sans que le simple examen de la bouche ait montré quelque chose d'anormal. A l'autopsie, on trouva un carcinome ulcéré de la face antérieure de l'estomac avec des noyaux hépatiques. En examinant le pharynx, on découvrit, à la base de la langue, une tumeur qu'on prit d'abord pour une métastase carcinomateuse, hypothèse qui fut abandonnée.

De la grosseur d'une noix, la tumeur occupait le milieu de la base de la langue, de son tiers postérieur jusqu'à l'épiglotte. De consistance dure, elle était recouverte d'une muqueuse qui s'en détachait facilement. A la coupe, le tissu, brun jaunâtre, laissait sourdre à la pression du liquide séro-muqueux.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tissu thyroïdien typique. Certains follicules contenaient de la substance colloïde.

Observation XI

COLLINS WARREN. — *Un cas de goitre accessoire à la base de la langue.*

M^{me} E. S..., âgée de 52 ans, entra à l'hôpital en avril 1892 pour une tumeur de la langue qu'elle avait remarquée 22 ans auparavant, peu après la naissance de son plus jeune enfant. A

cette époque, elle eut une bronchite et un médecin découvrit la tumeur dont le développement fut lent mais continu. Cependant, au cours d'une grippe l'hiver précédent, elle augmenta rapidement de volume et s'enflamma; elle parut ensuite descendre vers le larynx, irritant ce dernier et occasionnant une toux continue. Cinq ans avant, la ménopause n'avait produit aucune modification sur elle.

A l'examen, on trouva, à la base de la langue, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Le toucher digital et l'examen laryngoscopique montrèrent qu'elle était distincte de l'épiglotte. Sous la muqueuse normale qui la recouvrait et à sa partie antérieure rampait un vaisseau volumineux. Il fallait, pour la rendre visible, tirer fortement la langue en avant.

Le 4 mai 1892, opération. Ethérisation, écartement des mâchoires, traction de la langue avec deux fils traversant sa base, apparition de la tumeur entre les incisives. Extirpation facile. le néoplasme étant sous-muqueux et adhérent peu au tissu lingual. Excision d'une partie de la muqueuse, suture au catgut. Ligature de trois vaisseaux dont un surtout de calibre considérable. Guérison rapide. Pas de récurrence au bout de trois mois.

La tumeur était arrondie, légèrement lobulée, de la grosseur d'une petite prune; sa coupe, jaune rougeâtre, légèrement transparente et caractérisée par de petits kystes remplis d'un contenu jaunâtre, colloïde.

Structure répondant à celle de la glande thyroïde avec dégénérescence colloïde.

Observation XII

GALISH. — *Goître accessoire de la base de la langue.*

Une domestique de 24 ans, sans antécédents goitreux, fut soignée en avril 1886 pour des troubles nerveux. On constata alors, entre le maxillaire inférieur et l'os hyoïde, sur la ligne médiane, une tumeur grosse comme une noix, que la malade avait remarquée pour la première fois le 25 décembre 1885. A cette époque, elle avait le volume d'une noisette. Le professeur Rose extirpa la tumeur et la considéra comme un goître aberrant. Guérie trois semaines après, la malade quittait l'hôpital et reprenait son service. Elle eut, le 17 avril 1887, une sensation de corps étranger dans la gorge, suivie d'une violente quinte de toux avec rejet d'un quart de litre de sang noir. Cette hémorragie s'arrêta spontanément, mais se répéta deux heures plus tard, sans efforts de toux ni de vomissement. La malade fut transportée à l'hôpital où les hémorragies se répétèrent pendant deux jours. L'examen négatif des poumons et de l'estomac écarta le diagnostic d'hémoptysie ou d'hématémèse.

Le 18 avril, la voix de la malade se voila. Le simple examen de la bouche ne donna aucun renseignement; l'examen laryngoscopique ne put être fait à cause de l'affaiblissement de la patiente. Pas de gêne respiratoire.

Malgré l'arrêt des hémorragies, le rétablissement fut très lent et ce n'est que six semaines plus tard qu'un examen laryngoscopique minutieux permit de voir, immédiatement en arrière des papilles caliciformes, une tumeur de la grosseur d'une cerise, paraissant émerger de la base de la langue. Sa surface lisse, recouverte par une muqueuse rouge, laissait voir par transparence des

vaisseaux bleuâtres. En abaissant fortement la langue, on pouvait voir la partie antérieure de la masse; sa partie postérieure était si étroitement accolée à l'épiglotte qu'il était impossible de dire si elle en était distincte; sa consistance était fluctuante. Une ponction exploratrice ne retira que du sang pur et fut suivie d'une violente hémorragie de 400 centimètres cubes environ. A la suite de la précédente opération, le diagnostic de goitre aberrant fut posé.

Le 8 juin 1887. — Opération après trachéotomie; corps thyroïde normal. Incision en T. La tumeur adhérait fortement au tissu lingual. Violente hémorragie. Guérison complète; sortie le 6 juillet. Six ans après, il n'y avait pas de récurrence.

La tumeur, presque régulièrement sphérique, avait un diamètre sagittal de 2 centim. 5, un diamètre frontal de 3 centimètres. De consistance molle et élastique, elle était formée de tissu thyroïdien très riche en vaisseaux qui, par endroits, donnaient à la coupe une teinte bleuâtre.

Observation XIII

CRESWEL BABER. — *Adénome de la langue.*

Une jeune fille de 16 ans avait, depuis neuf mois, une tumeur de la langue qui avait récidivé aussitôt après une ablation à l'anse galvanocaustique. Elle formait à la base de la langue, une saillie irrégulière et aplatie. L'examen microscopique fait par Taylor montra une structure semblable à celle du tissu thyroïdien. Ce néoplasme ne contenait ni kystes ni formations tubulaires.

Observation XIV

ILRAITH. — *Un cas de corps thyroïde faisant saillie dans la bouche.*

Une jeune fille de 17 ans entra à l'hôpital le 2 juin 1894 pour une tumeur de la base de la langue découverte deux mois avant par son professeur de chant. La malade ne se plaignait que d'empâtement de la langue.

La tumeur, située près du foramen cæcum, avait le volume d'une petite noix et s'était développée surtout à droite. De consistance demi-élastique, elle était immobile, enfoncée profondément dans le tissu lingual. Elle repoussait l'épiglotte en arrière et, quand la langue était tirée, elle touchait presque la base de la luette et le voile du palais. La glande thyroïde était normale.

Sous la narcose chloroformique, la muqueuse fut incisée aux ciseaux courbes, la tumeur arrachée avec des pinces. Hémorragie très abondante. Guérison en dix jours.

La tumeur avait la structure du corps thyroïde normal.

Observation XV

POWERS. — *Tumeur de la langue au niveau du foramen cæcum, glande thyroïde.*

Une femme de 31 ans vint consulter pour une dysphonie datant de deux semaines. L'examen laryngoscopique montra sur la ligne médiane de la base de la langue une tumeur arrondie, résistante et ferme sur les bords, molle au centre. L'ablation fut pratiquée le 17 mai 1893.

L'examen microscopique montra du tissu thyroïdien dont les follicules contenaient de la substance colloïde.

Le 1^{er} janvier 1894, on retrouve au siège de la première, une seconde tumeur plus petite. L'extirpation est de nouveau pratiquée. La structure histologique est la même.

Observation XVI

MIXTER. — *Thyroïde accessoire à la base de la langue.*

Une femme de 24 ans s'était aperçu trois semaines avant l'examen qu'elle portait une tumeur de la base de la langue. Cette tumeur était indolente et ne déterminait aucun trouble fonctionnel.

L'examen montra sur le dos de la langue une petite masse de la grosseur d'une noisette. La tumeur enlevée par la voie buccale était composée de tissu thyroïdien.

Observation XVII

LYMPIUS. — *Goître accessoire de la base de la langue.*

Une femme de 36 ans portait, depuis deux ans, à la base de la langue, une tumeur qui s'était développée progressivement et causait une légère difficulté de la parole et de la déglutition. En avril 1894, une hémorragie attribuée à cette tumeur amène la malade chez un médecin qui, en juillet, fit une incision suivie d'une hémorragie considérable.

Incommodée par le volume toujours croissant du néoplasme, la patiente entra à l'hôpital. A ce moment, la parole était embarrassée, comme s'il y avait eu une bille dans la bouche.

L'examen de la cavité buccale montra, sur la partie médiane de la base de la langue, une tumeur rouge pâle, grosse comme une prune, incompressible ; sa surface lisse et luisante était parcourue par des vaisseaux sinueux ; sa partie postérieure atteignait presque la paroi postérieure du pharynx, repoussant l'épiglotte qu'on ne pouvait ni atteindre avec le doigt, ni voir au laryngoscope. On porta le diagnostic de goitre accessoire.

Opération le 8 août 1896. — Trachéotomie avec la canule tampon. Ouverture de la bouche, section des palato-glosses, incision de l'enveloppe. Extirpation facile, sauf à la base, où l'ablation amène une forte hémorragie. La malade quitta l'hôpital le 1^{er} septembre.

La tumeur entière, du volume d'une noix, de consistance molle, à coupe lisse rouge brun, était composée de follicules serrés, revêtus d'un épithélium aplati et dont la lumière était remplie de substance colloïde.

Observation XVIII

SELDOWITSCH. — *Un cas de strume accessoire à la base de la langue. Production d'un myxœdème après son extirpation.*

Une jeune fille de 14 ans, sans antécédents éprouvait depuis quelques mois une gêne assez considérable, déterminée par une tumeur lisse, arrondie, de la grosseur d'une cerise, faisant saillie à la base de la langue et obturant l'isthme du gosier. La malade ne put fournir aucune indication précise sur la date de son apparition.

Après cocaïnisation, la tumeur fut enlevée à l'aide galvanocaustique. La malade partit guérie. La structure était celle du tissu thyroïdien : follicules à contenu colloïde.

Sept mois après, la malade revenait à l'hôpital avec tous les signes d'un myxœdème : figure bouffie, muqueuse buccale enflée, langue volumineuse, œdème des creux sus-claviculaires, épaissement des mains et de l'abdomen, cryesthésie, sécheresse de la peau, diminution des globules rouges et de leur teneur en hémoglobine, affaiblissement de l'intelligence, apathie, ralentissement de la marche, perte de la mémoire, fatigue rapide.

On ne pouvait pas sentir le corps thyroïde et on conclut à son absence congénitale. La malade fut soumise au traitement thyroïdien et quitta l'hôpital complètement guérie.

Observation XIX

KRASKE. — *Un cas de thyroïde aberrante de la base de la langue. Myxœdème après l'extirpation* (Observation citée par VON CHAMISSE).

Femme de 37 ans, atteinte de crétinisme, dont la mère âgée de 67 ans présentait une légère augmentation de volume du corps thyroïde. La malade n'a commencé à marcher et à parler qu'à 4 ans ; à l'école elle n'apprit qu'avec peine les premiers éléments et fut réglée à 24 ans ; la menstruation a toujours été régulière.

Depuis deux ans, les parents remarquaient une modification de la voix, devenue nasillarde, presque indistincte ; en même temps, apparaissaient la nuit des quintes de toux et un ronflement sonore.

Les signes de myxœdème étaient très prononcés : taille 1 m. 22, scoliose très accentuée, membres inégalement développés, peu de poils au pubis. Le développement intellectuel répondait à

celui d'une fillette de 10 ans. À la palpation du cou, on ne trouva pas de corps thyroïde.

La simple inspection de la bouche ne montra rien d'anormal, mais, en faisant tirer et en abaissant la langue, on vit, à la partie postérieure de cet organe et un peu à droite, une tumeur du volume d'une grosse noix, recouverte d'une muqueuse lisse, sillonnée par quelques veines très développées.

L'examen laryngoscopique, rendu impossible par le volume de la tumeur permet de voir sa face postérieure recouverte par une muqueuse lisse et unie. Indolente à la palpation, dure à sa partie médiane, la tumeur donnait sur ses bords une sensation de fluctuation.

Opération le 18 novembre. Kraske fit une trachéotomie et put constater l'absence complète du corps thyroïde. Une forte traction de la langue permit d'amener la tumeur entre les arcades dentaires. L'énucléation fut facile malgré une forte hémorragie. Après l'opération, la voix devint forte et distincte, le ronflement nocturne disparut ; l'état intellectuel resta le même.

Le 3 juin 1897, la malade présentait une augmentation des signes de myxœdème ; les règles en particulier furent complètement supprimées. On institua une cure thyroïdienne.

La tumeur était composée de tissu thyroïdien, en partie embryonnaire, en partie offrant les caractères du goitre ordinaire, soit folliculaire, soit kystique avec dégénérescence colloïde.

Observation XX.

REINTJES. — *Un cas de thyroïde accessoire de la base de la langue.*

L'examen de la cavité buccale est commandé chez un homme de 25 ans par de graves hémorragies survenant sans causes

apparentes et ne s'accompagnant pas d'efforts de vomissements. Cet examen révèle à la base de la langue une tumeur rouge sombre, légèrement élastique et recouverte de veines volumineuses. Reintjes porte le diagnostic de thyroïde accessoire.

Observation XXI

TREITEL. — *Tumeur de la langue présentée à la Société de médecine berlinoise.*

Femme, présentant à la base de la langue une tumeur lisse, existant depuis vingt ans et ne déterminant que de la gêne de la déglutition. Treitel fit le diagnostic de goitre lingual et, en raison des faibles troubles déterminés par la tumeur, ne voulut pas en pratiquer l'extirpation.

Observation XXII

ASCHOFF. — *Sur un cas de goitre de la base de la langue.*

L'auteur rapporte le résultat d'une autopsie pratiquée sur une fillette de 6 mois.

L'examen général du sujet montre un état myxœdémateux. Les extrémités trop grosses et trop courtes ont des dimensions anormales par rapport au tronc. La langue est démesurément grosse ; la peau est très épaissie. La glande thyroïde fait complètement défaut.

La section de la racine de la langue permet de découvrir au niveau du foramen cæcum une tumeur de la grosseur d'un petit pois.

Cette tumeur était composée d'une grande quantité de kystes tapissés d'un épithélium et contenant de la matière colloïde.

Observation XXIII

BENJAMINS. — *Un cas de goitre de la racine de la langue.*

L'auteur rapporte un cas de goitre de la base de la langue chez un homme. Le corps thyroïde était absent et l'extirpation fut suivie de myxœdème post-opératoire.

Observation XXIV

POSTHUMUS MEYJES. — *Un cas de glande thyroïde linguale.*

MEYJES communique à la Société belge d'otologie et de laryngologie, l'observation d'une femme 24 ans qui éprouve depuis l'enfance un sensation comparée à celle que produirait une pomme de terre logée dans la gorge. La malade expectore de temps en temps des mucosités sanguinolentes.

L'examen montre une tumeur hémisphérique occupant la moitié droite de la base de la langue et située derrière les papilles caliciformes. La muqueuse est plus foncée au niveau de la tumeur et montre quelques vaisseaux dilatés. La masse est immobile et non douloureuse.

On porte le diagnostic probable de glande thyroïde accessoire, car on ne peut trouver le corps thyroïde à la palpation. L'extirpation n'a pas été faite.

Observation XXV.

SCHALDE. — *Tumeur thyroïde accessoire à la base de la langue.*

L'existence de la tumeur était connue de la malade six mois avant le début de l'observation. Située à la base de la langue cette tumeur augmentait de volume et devenait très vasculaire au moment des règles.

L'électrolyse la fit diminuer, mais une hémorragie abondante fit interrompre ce traitement, et la tumeur fut extirpée.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une glande thyroïde accessoire.

Observation XXVI

VALLAS. — *Tumeur thyroïdienne de la base de la langue.
Extirpation par la voie trans-hyoïdienne.*

Jeune fille de 20 ans, entrée dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse en juin 1895. Elle se plaint de gêne considérable pour avaler. En même temps on remarque que le timbre de la voix est altéré et rappelle celui des malades atteints de grenouillette. L'examen direct montre la présence d'une tumeur située dans la base de la langue, tout contre l'os hyoïde et légèrement plus volumineuse à droite qu'à gauche, elle fait saillie sur le dos de la langue au niveau du V lingual, en arrière du foramen cæcum, et soulève légèrement la région sus-hyoïdienne. Elle est du volume d'une petite noix, rénitente, non douloureuse à la pression.

Je fis le diagnostic de kyste du canal thyroéo-glosse.

Juin 1895. — J'essayai d'aborder la tumeur par la voie sus-hyoïdienne latérale droite, son siège reculé m'interdisant toute tentative d'ablation par la bouche. Je sectionnai successivement la peau, le muscle hyo-glosse, comme pour une ligature de l'artère linguale, mais plus je m'avançais vers la tumeur, plus celle-ci paraissait s'éloigner. Après une recherche longue et infructueuse je terminai par un pis aller, fixant la tumeur par un doigt introduit dans la bouche, je la ponctionnai avec un trocart, et établis un drainage avec quelques crins de Florence ressortant par la bouche. La plaie se cicatrisa bien et la malade quitta l'hôpital améliorée. Au mois de décembre elle revint avec une récurrence ; aussitôt que les crins avaient été enlevés, la tumeur avait recommencé à grossir.

Je venais d'enlever par la voie trans-hyoïdienne un cancer de l'épiglotte. Je résolus d'appliquer cette méthode à ma jeune malade.

L'opération fut faite en décembre 1895 et fut très facile. Dès que la section hyoïdienne fut faite, en écartant les fibres du mylo-hyoïdien, j'arrivai sur la tumeur. Celle-ci fut attirée au dehors entre les deux lèvres de la plaie par la brèche osseuse et je pus l'extirper très rapidement et très complètement.

Trois semaines après, le 8 janvier 1896, je présentai la malade à la Société des Sciences Médicales, elle était guérie. Depuis lors il n'y a pas eu de récurrence.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire de la Faculté, montra qu'il s'agissait d'un adénome thyroïdien.

Observation XXVII

THEISEN. — *Un cas de tumeur thyroïdienne
accessoire de la base de la langue.*

Une femme de 67 ans, ayant eu dans son jeune âge un goitre complètement disparu, présente une tumeur de la base de la langue.

Theisen porte le diagnostic de goitre accessoire et, vu l'âge de la malade, refuse de l'opérer.

Observation XXVIII

GAUDIER ET CHEVALIER. — *Tumeur thyroïdienne
de la base de la langue.*

Le 22 août 1900, se présentait à la consultation, une jeune fille de 21 ans, de bonne santé apparente, atteinte de troubles de la phonation et de la déglutition. Il n'y avait pas de dysphagie à proprement parler, mais une certaine difficulté pour avaler les bouchées un peu grosses.

La voix avait un timbre nasal, n'était jamais très sonore, mais souvent rauque ou sourde. La malade rapportait tous ces troubles à la présence, sur la langue, d'une tumeur existant depuis bientôt cinq ans et opérée en 1898. Cette opération avait consisté en morcellement de la tumeur et cautérisations consécutives. Soulagée pendant plus d'un an et demi, la malade, devant le retour des accidents, avait dû, de nouveau, entrer à l'hôpital.

L'examen de la bouche et de la base de la langue avec le miroir laryngien montre, en arrière du V lingual, une tumeur

médiane, arrondie, du volume d'une grosse noix, refoulant l'épiglotte, recouverte d'une muqueuse d'apparence normale et couronnée d'un fin lacis de vaisseaux. A la palpation, sa consistance est rénitente, presque molle. Cette tumeur, qui glisse facilement sous la muqueuse linguale, adhère profondément à la masse des muscles de la langue. Le reste de la bouche est normal. Pas d'hypertrophie des amygdales, ni du tissu lymphatique pharyngien. Larynx intact, cordes vocales fonctionnant bien.

Du côté du cou, pas de saillie correspondant à la tumeur linguale. Par la palpation de la région hyoïdienne, on perçoit difficilement le relief de la masse, et le toucher buccal combiné ne donne aucune indication précise sur le volume et les adhérences possibles. Le corps thyroïde est petit. Pas de ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. Santé générale bonne, sauf peut-être un peu de nervosité coïncidant avec une légère exophtalmie mais sans palpitations et sans les troubles particuliers que l'on rencontre même dans les formes frustes de la maladie de Basedow.

Gaudier porta le diagnostic de lipome ou lipo-sarcome.

Opération le 3 septembre 1900. Pratiquée tout entière par la voie buccale. Anesthésie chloroformique dans la position de Rose. La bouche maintenue largement ouverte, on passe un fil de soie dans la langue afin d'exercer des tractions sur cet organe et d'attirer la tumeur le plus en avant possible. Ablation en taillant en pleine langue au moyen d'une incision ovale passant au dehors du néoplasme.

La malade, revue au bout d'un an, ne présentait pas trace de récurrence.

A l'examen, sur une coupe perpendiculaire à la surface de la muqueuse linguale, on voit que le revêtement épithélial de la

langue au niveau du néoplasme est très aminci, recouvert d'une couche cornée irrégulière et augmentant considérablement sur les bords, là où le tissu pathologique se continue avec le tissu sain. Sous cet épithélium, existe une trame conjonctive très mince, formée de faisceaux à fibres lamineuses fines et renfermant des vaisseaux sanguins, des fentes lymphatiques, quelques points d'infiltration leucocytaire, des glandes muqueuses acino-tubuleuses. De la couche conjonctive, se détachent, vers la profondeur, des travées circonscrivant des vésicules thyroïdiennes types, de grandeur variable, à contenu colloïdal.

Observation XXIX

Goris. — Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue ; extirpation par les voies naturelles ; guérison.

La personne dont il s'agit dans notre observation est âgée de 36 ans ; elle est de complexion faible et atteinte d'une scoliose très prononcée. Depuis l'âge de 17 ans, elle a toujours été souffrante et les règles n'ont apparu qu'à 21 ans.

Il y a sept ans, la malade s'est aperçue pour la première fois qu'elle avait une tuméfaction qu'elle pouvait sentir au doigt et qui occupait la partie postérieure de la langue. Cette tumeur n'a commencé à gêner la déglutition qu'il y a trois ans.

Au moment où je l'examine (mai 1901) la patiente est non seulement gênée pour avaler, mais elle parle difficilement et se trouve embarrassée pour respirer.

La tumeur qui, au dire de la malade, était du volume d'une bille en 1898, atteint en ce moment le volume d'un marron. Elle occupe, à la base de la langue, la région des papilles caliciformes et refoule l'épiglotte en arrière. Elle est hémisphérique,

parcourue par un lacis veineux abondant. Sa consistance est rénitente, sa surface creusée de plusieurs sillons. Elle fait corps avec la langue sans s'enfoncer dans le parenchyme lingual.

Je ne songeai nullement, en ce moment, à la possibilité d'une tumeur thyroïdienne, mais crus me trouver en présence d'un simple adénome, à cause des nombreuses glandes existant normalement dans cette région.

Opération. — Crico-trachéotomie en un temps, placement d'une simple canule trachéale pour permettre la chloroformisation et la respiration, tamponnement du pharynx à la gaze stérile. Incision courbe au plancher de la bouche, en arrière de la symphyse mentonnière jusques et y compris une partie de l'épaisseur des muscles génioglosses ce qui permit d'attirer la langue hors de la bouche et d'amener la tumeur jusque près de l'arcade alvéolaire.

Division de la muqueuse même de la tumeur par deux incisions formant une ellipse dont les extrémités dépassaient le néoplasme en avant et en arrière; écartement des deux lambeaux de muqueuses préalablement libérés à leur face profonde; enlèvement de la tumeur avec le tissu musculaire sous-jacent. Ligature des deux dorsales de la langue, suture de la muqueuse et des muscles du plancher en avant. Enlèvement de la canule le quatrième jour; le sixième, la malade guérie quitte l'hôpital.

L'examen microscopique fait par M. le Dr GAUTHIER et soumis aux professeurs VAN DER STRICHT et VAN GEHUCHTEN, montra la nature nettement thyroïdienne de la tumeur.

Cet examen microscopique fut confirmé par les suites opératoires. La patiente se trouvait débarrassée de ses gênes du côté de la phonation, de la déglutition et de la respiration mais son état général devint particulièrement mauvais. Ce qui dominait

la scène, c'était une sensation continue d'énorme fatigue ; les forces diminuèrent au point d'empêcher l'opérée de se livrer à ses travaux de couture peu fatigants pourtant. Les règles disparurent, la parole se trouva empâtée, un léger œdème se dessina aux paupières.

C'est en cet état que je revis la malade au mois de décembre dernier. Nous nous trouvions en présence d'un myxœdème post-opératoire. La médication thyroïdienne a depuis lors fait disparaître tous ces symptômes pathologiques.

Observation XXX

TEWELES. — Un cas de strume de la base de la langue.

Jeune fille de 13 ans, pas encore réglée, d'un développement très lent jusqu'à cinq ans, normal ensuite. Il y a quatre ans, ses parents remarquèrent chez elle un timbre de voix élevé et du ronflement nocturne. Un médecin consulté diagnostiqua une hypertrophie des amygdales et proposa une amygdalectomie qui fut refusée par les parents. Puis la pâleur augmenta, accompagnée de fatigue et de dyspnée au moindre effort. Le ronflement s'accrut, mais on n'observa pas de troubles de la déglutition.

Le 15 septembre 1901. — La patiente, bien qu'un peu grêle, semble avoir une constitution normale. La région hyoïdienne est augmentée de volume et on constate un souffle très fort sur les gros vaisseaux du cou. La voix est haute et éraillée, nasale.

On trouve, à la base de la langue, une tumeur arrondie, de cinq centimètres de diamètre environ, bien délimitée, à surface unie, indolente à la pression et non dépressible. Cette tumeur

ne laisse entre elle et la paroi pharyngienne qu'un espace très réduit, et refoule l'épiglotte en arrière.

La langue est mobile, normale; il n'existe pas d'adénopathie. L'examen laryngoscopique fait voir une tumeur rose pâle, silhouettée par de nombreux vaisseaux.

Le 17 septembre 1901. — Opération. La bouche est ouverte, la langue tirée; la tumeur apparaît brusquement au-devant des piliers et peut être facilement saisie. Section aux ciseaux de la base de la tumeur, excision de la muqueuse qui la recouvre et extirpation. Hémorragie peu abondante. Peu de jours après, il y eut une tuméfaction de la région, tuméfaction qui disparut trois jours après.

En 1902, le nasonnement, le ronflement et la pâleur avaient disparu.

La tumeur est volumineuse, arrondie, entourée d'une capsule résistante. A la coupe, on trouve un noyau jaunâtre, gros comme un haricot, d'où partent des faisceaux fibreux. Le parenchyme rouge jaunâtre ne fait pas saillie sur la trame. Vaisseaux nombreux. L'examen microscopique montre des follicules recouverts d'épithélium, avec ou sans lumière, mais sans contenu colloïdal. Entre des groupes de follicules semblables, courent des faisceaux connectivaux.

Observation XXXI

GAUDIER ET CHEVALLIER. — *Tumeur thyroïdienne de la base de la langue chez une femme de 20 ans. Extirpation par la voie trans-hyoïdienne. Guérison.*

Jeune fille de 20 ans, venue pour des troubles de la phonation. Rien dans ses antécédents personnels et héréditaires. Santé

excellente. La puberté tardive apparut à 17 ans. A ce moment, la malade s'aperçut que sa voix changeait de timbre, devenait sourde et légèrement nasonnée. Un spécialiste consulté fit des cautérisations énergiques et répétées des cornets. Mais l'état resta stationnaire jusqu'au milieu de l'année 1901, époque à laquelle apparurent des envies continuelles de déglutir à vide et des troubles de la respiration, surtout la nuit. Nouvelle visite au spécialiste, nouvelles cautérisations. Pas d'examen de la bouche ni du larynx, les troubles respiratoires étant attribués à la sténose nasale.

Le 13 mai. — On constate que les narines sont libres et le cavum intact. A l'examen de la bouche, soit en déprimant la langue, soit en se servant du miroir laryngien, on voit, à la base de la langue et refoulant l'épiglotte, une tumeur médiane, présentant à sa surface et à son pourtour un riche lacis de vaisseaux variqueux, recouverte par la muqueuse linguale et ayant le volume d'une grosse châtaigne. Pas d'hypertrophie des papilles ni de l'amygdale linguale.

A la palpation, on constate que le néoplasme n'est pas mobile et présente une consistance élastique mais non fluctuante. On le perçoit également au-dessous de la mâchoire par la palpation combinée : buccale et sus-hyoïdienne. Pas d'adénopathie ni de dysphagie.

On fit le diagnostic de goitre lingual et l'opération fut décidée, étant donnés les phénomènes de gêne respiratoire.

Opération le 17 mai. — Voie trans-hyoïdienne à cause de l'étroitesse de la bouche, de la difficulté d'attirer au dehors la langue courte et charnue et du siège par trop postérieur de la tumeur.

Anesthésie chloroformique dans la position de Rose. Incision

médiane, allant de la symphyse mentonnière jusqu'au-dessous de l'os hyoïde ; section du tissu cellulaire et du peaucier, dénudation et section de l'os hyoïde. Écartement des deux fragments osseux, du mylo-hyoïdien et des génio-glosses. Un aide introduit le doigt dans la bouche et, déprimant la tumeur, la fait saillir dans le fond de la plaie linguale. La masse est saisie avec une pince de Museux, disséquée jusqu'au voisinage de la muqueuse linguale où elle adhère par un gros pédicule qu'on sectionne tout en laissant adhérer un petit fragment. Ce dernier dans le but d'éviter les accidents consécutifs possibles de myxœdème, le corps thyroïde n'ayant pas été trouvé au cou avant et pendant l'opération.

Il y eut, dans les quarante-huit premières heures un peu de gêne de la déglutition, puis tout rentra dans l'ordre.

La tumeur, examinée par le professeur Curtis a le volume d'une grosse noix, pèse 12 grammes et est complètement encapsulée. A la coupe, tissu mou d'aspect sarcomateux avec régions alternantes blanches et rouges.

L'examen microscopique montre un aspect différant d'une thyroïde normale : par l'abondance de cavités tubuleuses et tubuleuses ramifiées mais non sphériques et par l'absence en beaucoup de points de substance colloïde.

Observation XXXII

ONODI. — *Strume accessoire de la base de la langue.*

Une femme de 26 ans porte sur la moitié gauche de la base de la langue une tumeur de la grosseur d'une noisette. Depuis neuf mois cette tumeur est douloureuse et détermine de la dys-

phagie. Extirpation après anesthésie locale à la cocaïne additionnée d'adrénaline.

L'examen histologique de la pièce a fait porter le diagnostic de **strume accessoire de la racine de la langue**.

Observation XXXIII

RANDOLPH WINSLOW. — *Thyroïde accessoire située à la base de la langue.*

En janvier 1901 une malade âgée de 17 ans vint consulter Winslow pour des troubles de la voix ; cette dernière était éraillée et indistincte.

En déprimant la langue on vit une masse ovoïde immédiatement située en avant de l'épiglotte et la cachant complètement.

La palpation permettait de limiter la tumeur, grosse comme la moitié d'un œuf de poule et élastique. Le corps thyroïde paraissait normal. Pas d'adénopathie.

Le 26 février 1901, opération. Incision médiane du menton à l'os hyoïde, section du mylo-hyoïdien, dissection jusqu'à la base de la tumeur. Extirpation. Hémorragie insignifiante.

Pendant quelques jours troubles de la parole et de la déglutition.

L'examen microscopique de la pièce montra qu'elle était formée de tissu thyroïdien.

Observation XXXIV

OLIVER SMITH. — *Thyroïde accessoire sur le tiers postérieur de la langue.*

La malade est âgée de 50 ans. A 7 ans elle avait remarqué pour la première fois, à la partie postérieure de la langue, une tumeur qui fut extirpée deux ans après.

Deux ans plus tard cette tumeur récidiva et fut de nouveau enlevée. D'après l'examen microscopique pratiqué par C. JARVIS, il s'agissait d'un cas de thyroïde accessoire de la langue.

La malade revint consulter le 17 mai 1904. La voix était indistincte, l'articulation des mots difficile, la mastication presque impossible.

En tirant la langue, on voyait sur le tiers postérieur de cet organe, une masse ovoïde, de cinq centimètres de longueur, sur deux de largeur, cachant l'épiglotte. Cette tumeur était élastique et indolore. Pas d'adénopathie ; corps thyroïde normal.

Anesthésie à la cocaïne. Extirpation par la voie buccale. Hémorragie insignifiante.

Observation XXXV

HANSZEL. — *Une tumeur rare de la base de la langue.*

La malade âgée de 50 ans est entrée à notre clinique le 26 juin 1902 pour une gêne de la parole existant depuis une vingtaine d'années.

L'examen de la cavité buccale montre une tumeur, de la grosseur d'une petite pomme occupant l'isthme pharyngien. La

tumeur est rougeâtre et très dure, très vascularisée ; sa surface est parsemée de saillies hémisphériques.

Le 1^{er} juillet 1902 on pratique une biopsie, cette opération fut suivie d'une violente hémorragie.

L'examen histologique permet de supposer que cette tumeur est congénitale et provient des débris épithéliaux du ductus thyroglossus.

Observations XXXVI et XXXVII

MEIXNER. — *Deux cas de strume de la base de la langue.*

1^o Une jeune fille de 20 ans vint consulter pour une sensation de gêne dans la gorge. L'examen montra, à la partie médiane de la base de la langue, une tumeur de la grosseur d'une noix. La surface de cette tumeur est lisse et recouverte d'une muqueuse rose.

Le corps thyroïde n'est palpable que du côté droit.

Extirpation le 6 juillet 1904. Au microscope la tumeur présente l'aspect ordinaire des goîtres colloïdaux.

2^o R. G..., sage-femme, appelée le 24 février 1901 près d'une ouvrière en couches, trouve l'enfant mort. L'autopsie est faite le 27 février. L'enfant du sexe féminin mesure 47 centimètres et pèse 2.250 grammes. On trouve la base de la langue soulevée par une tumeur semi-ellipsoïde dont l'axe longitudinal répond au plan médian. Peu saillante en avant, en arrière la tumeur s'élève à pic contre les vallecule et refoule l'épiglotte en arrière et en bas. L'orifice du larynx se trouve très réduit. La surface de la tumeur est recouverte d'une muqueuse lisse à travers laquelle on voit de nombreux vaisseaux sanguins.

Sur la partie antérieure de la trachée on ne trouve pas le corps thyroïde; le thymus est bilobé, normal.

Le rapport des médecins légistes déclare que l'enfant est venu au monde, quelques semaines avant terme, vivant; et qu'il a été noyé dans les eaux ménagères. Il est pourtant peu probable que l'enfant eût pu vivre par suite du rétrécissement exagéré de l'orifice laryngien.

Le microscope montre que la tumeur est composée de tissu thyroïdien.

Observation XXXVIII

QUENSEL. — *Un cas de goitre accessoire
de la base de la langue.*

La malade âgée de 30 ans avait remarqué depuis deux mois et demi la présence d'une tumeur à la base de la langue. Cette tumeur était molle et légèrement élastique. Le corps thyroïde paraissait normal.

L'examen microscopique fait après l'extirpation montra que la masse était composée de tissu thyroïdien.

Observations XXIX et XL

JACQUES. — *Deux cas de goitres linguaux.*

1^o Le 22 novembre 1905 M. JACQUES présente à la Société de médecine de Nancy une jeune fille de 16 ans, amenée par ses parents à la consultation de l'hôpital pour une grosseur de la langue gênant la respiration dans le décubitus et apportant une certaine entrave à la parole. Le début de l'affection remontait

à quelques années, mais elle ne se manifestait par une gêne notable que depuis quelques semaines.

Il suffit de faire ouvrir largement la bouche à la patiente et de déprimer la langue, pour apercevoir reposant sur celle-ci et remplissant tout l'isthme du gosier, une tumeur arrondie, médiane et symétrique sillonnée de nombreuses varicosités sailantes du volume d'une petite mandarine. L'examen au miroir ainsi que le toucher permettent de reconnaître que la grosseur est largement implantée sur le dos de la langue, dont elle recouvre toute la portion descendante du V lingual à l'épiglotte. La consistance est molle, presque fluctuante. L'adhérence à la langue est complète.

L'inspection extérieure révèle un abaissement marqué de la région hyoïdienne, qui est en même temps protrusée.

Il s'agit suivant toute vraisemblance d'un goitre lingual. D'ailleurs la palpation du cou permet de constater l'absence de la glande thyroïde normale et le sujet offre des caractères manifestes d'hypothyroïdie : développements physique et intellectuel retardés, facies myxœdémateux fruste avec prognatisme.

Le 13 décembre JACQUES présente la malade guérie : « L'extirpation a été pratiquée sous le chloroforme, par la bouche et sans trachéotomie préalable, le sujet étant simplement placé tête déclive. Malgré une hémorragie assez abondante, l'opération a pu être rapidement effectuée à l'anse chaude ; mais trois prises ont été nécessaires en raison du volume de la tumeur. Grâce au rapprochement des bords de la plaie adhérents par trois points de fort catgut, le suintement sanguin a pu être aisément tari et la guérison obtenue en moins de trois semaines. Fait remarquable, malgré l'éradication qui semble avoir été totale, de ce goitre aberrant, aucun trouble attribuable à l'insuffisance thyroïdienne

n'a encore été noté chez notre malade, qui a recouvré d'autre part l'intégrité de la parole et de la déglutition. »

« La tumeur étudiée histologiquement, s'est montrée constituée entièrement par un tissu rappelant la thyroïde embryonnaire à un stade très jeune; elle semble devoir être considérée non comme une thyroïde aberrante, mais comme une tumeur thyroïdienne embryonnaire, vraisemblablement dépourvue d'activité sécrétoire » (Prenant).

2° « Huit jours après cette première malade, une coïncidence curieuse a conduit à la consultation de mon service une autre jeune fille âgée de 22 ans, ayant elle aussi éprouvé quelque retard dans son développement jusqu'à la dix-huitième année, et porteuse d'une tumeur identique comme siège et comme volume, en même temps que dépourvue de corps thyroïde normal. »

JACQUES évita chez cette malade une excision totale, craignant la production d'accidents hypothyroïdiens, et extirpa seulement les deux tiers de la tumeur.

La composition histologique de la partie enlevée est identique à celle de la tumeur de l'autre malade.

Observation XLI

DUNDAS GRANT. — *Tumeur du pharyngo-glosse non maligne ; possibilité d'une tumeur dermoïde ou d'une thyroïde accessoire.*

Une femme de 23 ans se plaint d'une difficulté pour parler. Cette gêne éprouvée depuis cinq ans s'est beaucoup accrue au cours de la dernière année. La voix est caractéristique d'une obstruction pharyngée.

La portion pharyngienne de la langue est presque entièrement occupée par une tumeur arrondie, rougeâtre, vascularisée et élastique. Pas d'adénopathie. D. G... croit être en présence d'une thyroïde accessoire et espère pouvoir pratiquer l'extirpation par la bouche.

Pendant l'impression de notre travail, MM. GELLÉ et BERTEIN ont présenté à la Société anatomique (séance du 4 juin 1909) deux nouvelles observations de tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue, chez deux jeunes filles de 19 et 20 ans. Ces goitres étaient médians et situés en arrière du V lingual. L'un de la taille d'une grosse noix ne déterminait que des signes fonctionnels légers ; l'autre plus petit était le siège d'hémorrhagies. La plus grosse de ces tumeurs était composée de vésicules thyroïdiennes à contenu colloïde ; ces vésicules étaient plus rares dans la seconde tumeur à structure adénomateuse.

TROISIÈME PARTIE

PATHOLOGIE

I

DÉFINITION. — ÉTIOLOGIE

Les goîtres de la base de la langue sont des tumeurs thyroïdiennes bénignes situées sur le trajet du tractus thyroïdologique.

Nous savons peu de chose de l'étiologie de ces tumeurs. Si nous connaissons bien l'influence qu'exercent sur leur apparition certaines conditions prédisposantes ; il faut avouer notre ignorance des causes déterminantes qui président à leur développement.

Ces goîtres se rencontrent presque exclusivement chez la femme. Sur les quarante et une observations que nous avons réunies, trois seulement ont trait à l'homme.

L'âge est un facteur étiologique important et joue un grand rôle dans leur date d'apparition. A part quelques exceptions, c'est dans le jeune âge et en particulier au moment de la puberté qu'ils se développent.

Nous n'avons pu recueillir, dans les observations publiées, aucun renseignement d'ordre géographique ou géologique. De nos deux malades, une a toujours habité un département goitrigène (Aisne) ; nous ne pouvons tirer une conclusion de ce cas unique.

L'hérédité ne semble prendre aucune part à leur formation.

Dans deux cas, l'accroissement paraît avoir été influencé par une maladie générale. Dans l'observation de Wolf le développement de la tumeur aurait été consécutif à une coqueluche, dans celui de Warren il aurait succédé à une grippe. Ces deux faits isolés nous laissent supposer qu'il y a là une simple coïncidence ; peut-être des études basées sur un plus grand nombre d'observations permettront-elles d'établir des relations entre le goitre lingual et les maladies infectieuses.

La rareté de cette tumeur chez l'homme, sa présence presque exclusive chez la femme, son développement très fréquent à l'époque de la puberté nous montrent les rapports intimes qui existent entre ces néoformations et la congestion thyroïdienne intense qui accompagne cet état physiologique.

II

PATHOGÉNIE

Le goitre lingual paraît être une tumeur congénitale. Nous ne voulons pas dire par là qu'il existe toujours à la naissance, mais qu'il se développe soit à la faveur d'une disposition embryonnaire anormalement persistante

soit à la suite d'un trouble survenu dans l'évolution de la glande chez l'embryon.

Les belles recherches de HIS, plus tard les travaux de PRENANT ont expliqué la présence de tissu thyroïdien dans la langue. Par ses fines dissections, CHEMIN a montré la fréquence des glandules aberrantes dans cet organe. Ces formations dérivent ou du canal thyroéo-glosse ou de granulations détachées de la glande pendant le mouvement de déflexion de la tête sur le cou. Dans les deux cas elles ont une structure analogue à celle de la glande principale et elles semblent jouir de propriétés physiologiques semblables, il est naturel qu'elles puissent sous les mêmes influences, encore bien mal connues, subir les mêmes altérations pathologiques.

Ces goitres ne proviennent pas toujours de glandules aberrantes, ils se développent parfois dans le corps thyroïde lui-même arrêté au cours de sa migration et enfoui dans la masse musculaire de la langue. Cette théorie soutenue avant nous par GAUDIER repose sur une série de faits anatomiques, cliniques, anatomo-pathologiques et opératoires.

Le corps thyroïde manque à sa place normale ; KRASKE pratiquant une trachéotomie préventive chez sa malade remarqua son absence complète. ASCHOFF et MEIXNER constatèrent la même anomalie au cours de leurs autopsies. Dans nos deux observations on ne put le découvrir à la palpation, il en était de même dans celles de BENJAMINS, SELDOWITSH, KRASKE, JACQUES et GAUDIER.

Les goitres des thyroïdes ectopiées sont complète-

ment enveloppés d'une capsule conjonctive lâche, ceux des glandes aberrantes ne sont séparés des tissus voisins que par des fibres rares et irrégulièrement disposées. Nous étudierons ces différences au chapitre d'anatomie pathologique (p. 63).

L'extirpation complète de ces tumeurs, véritable thyroïdectomie totale, est toujours suivie de myxœdème post-opératoire.

Les goitres de la base de la langue ont donc deux origines différentes. Dans un cas, ils proviennent de glandules thyroïdiennes aberrantes comme les goitres péri-hyoïdiens. Dans l'autre, ils se développent aux dépens de la glande principale, arrêtée dans son évolution au point de réunion des bourgeons linguaux.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces goitres développés au voisinage du foramen cæcum siègent dans le tiers postérieur de la langue entre le V lingual et l'épiglotte. Leur pôle inférieur plonge dans le tissu lingual, tandis que leur pôle supérieur coiffé de la muqueuse fait saillie à la surface de la langue. Ils occupent quelquefois la ligne médiane, mais on les trouve plus fréquemment sur les côtés, indistinctement à droite ou à gauche.

Leur forme est irrégulièrement arrondie ou ovalaire, rarement lobulée.

Leur volume varie de la grosseur d'une cerise à celle du poing.

Leur consistance est aussi variable que leur constitution anatomique, tantôt ferme et élastique, tantôt molle et pâteuse ; elle présente souvent des inégalités considérables suivant les points examinés. On trouve alors des parties arrondies, saillantes, plus résistantes que le reste de la tumeur, ce sont les noyaux de tissu condensé ou de petits kystes très tendus, à parois épaisses dont la fluctuation ne peut être perçue. Dans les kystes plus volumineux on sent franchement la fluctuation.

Ces tumeurs sont bien circonscrites et leurs limites sont très nettes ; mais leurs rapports avec les tissus voisins diffèrent suivant leur origine. Intéressent-elles la glande principale, elles sont complètement entourées d'une capsule de tissu conjonctif lamellé qui permettra une énucléation facile. Sont-elles développées dans une glande accessoire, elles se trouvent réunies aux tissus de la langue par des travées conjonctives irrégulières et fortement adhérentes qui rendent l'énucléation impossible. Dans le premier cas la muqueuse est libre et glisse sur la tumeur sous-jacente, dans le second, elle lui est intimement soudée. (GAUDIER).

La couleur de la coupe jaune ou rouge brun ressemble à celle du corps thyroïde normal. La masse est divisée en un grand nombre de petites loges visibles à l'œil nu ou à la loupe.

Quelle que soit leur origine les goîtres de la base de la langue peuvent revêtir toutes les formes du goitre ordinaire. Nous décrirons d'abord la disposition ana-

tomique la plus fréquente, elle se rapproche beaucoup de celle de la glande normale.

La masse se compose de follicules séparés par un stroma conjonctif. Les follicules sont en général arrondis ou ovalaires ; plus grands au centre, ils diminuent de volume et s'aplatissent à la périphérie. Leur forme n'est pas toujours aussi régulière, ils peuvent être allongés, tubuleux et même présenter des renflements ampullaires ou de véritables diverticulum. La lumière excessivement réduite dans les petits follicules dont l'épithélium est cylindrique, s'élargit dans les follicules plus grands où l'épithélium devient cubique. Cet épithélium est à une seule rangée de cellules dont la hauteur varie de cinq à quinze μ .

« La base de ces cellules épithéliales de revêtement repose sur une membrane basale limitante, très mince, qui sur des coupes colorées à l'hématoxyline et au rouge bordeaux, se décèle comme un liséré d'une coloration rouge très foncée.

« Les noyaux sont nettement colorés à l'Erlich-Biondi et en colorant à la fuchsine acide, on aperçoit des grains arrondis mesurant 1 à 2 μ . Ces grains arrondis représentent soit des gouttelettes de substance colloïde, soit des grains acidophiles d'origine nucléaire. Les uns d'ailleurs sont situés près du noyau, les autres à la périphérie des cellules » (GAUDIER).

Sur les coupes durcies sous l'influence des réactifs la matière sécrétée se rétracte et laisse entre elle et les parois du follicule un espace vide. Cette substance a tous les caractères de la substance colloïde ; sa répar-

tition est très irrégulière : certaines tumeurs n'en contiennent pas du tout, dans d'autres elle est disséminée sans aucun ordre, existant dans une partie seulement ou dans tous les follicules.

De l'enveloppe conjonctive se détachent de minces travées, formées de faisceaux lamineux, qui s'enfoncent dans l'intérieur de la masse et pénètrent entre les vésicules.

La tumeur est toujours entourée d'un lacis très serré de vaisseaux, qui pénètrent à l'intérieur en suivant les cloisons conjonctives. Quelques veines variqueuses atteignent un calibre considérable.

Ces goîtres, dont la constitution histologique ressemble beaucoup à celle du corps thyroïde normal, paraissent être le résultat d'une hyperplasie des follicules glandulaires et répondent à la variété folliculaire de VIRCHOW.

La forme que nous venons d'étudier paraît presque toujours être primitive, mais au cours de son développement elle évolue ordinairement suivant une des variétés suivantes :

Variété fibreuse. — Le tissu conjonctif, peut-être sous l'influence d'hémorragies interstitielles, peut subir une transformation fibreuse. Ce tissu fibreux prolifère quelquefois au point de former de gros noyaux d'où partent des travées de même nature qui s'enfoncent entre les follicules. Dans les goîtres où cette lésion existe elle n'en occupe qu'un ou plusieurs points mais n'envahit jamais toute la tumeur.

Variété kystique — Les kystes n'occupent pas toute

la masse, leurs parois sont lisses ou supportent des cloisons incomplètes flottant dans la cavité.

La disposition fœtale a été observée plusieurs fois. Dans un cas la tumeur contenait des productions osseuses.

Toutes ces formes anatomo-pathologiques sont superposables à celles du goitre ordinaire. La masse entière peut répondre à une seule de ces variétés, le fait est assez rare et on les trouve plus souvent associées. Suivant les points où porteront les coupes, une même tumeur nous montrera par exemple du tissu thyroïdien normal, des cavités kystiques et des noyaux fibreux.

La muqueuse linguale qui recouvre ces tumeurs est amincie, ses papilles sont très aplaties ou complètement disparues. Le derme est composé de tissu conjonctif lâche, on y trouve quelques follicules lymphatiques et souvent des glandes muqueuses.

On a rencontré dans les vésicules : des hématies, des leucocytes et de la fibrine. Ces éléments viennent à n'en pas douter d'hémorragies intrafolliculaires spontanées ou provoquées par une manœuvre chirurgicale.

IV

SYMPTOMATOLOGIE

La présence de ces goitres se manifeste par les symptômes fonctionnels communs à toutes les tumeurs bénignes de la base de la langue.

Absolument indolents, ils ne provoquent ni douleurs locales, ni douleurs irradiées et n'éveillent l'attention du malade qu'après avoir atteint un volume suffisant pour déterminer une gêne mécanique. Cette gêne, résultat de l'obstruction de l'oro-pharynx se traduit par des troubles de la déglutition, de la phonation et de la respiration.

La date d'apparition et l'intensité de ces signes sont subordonnés à deux facteurs : le volume de la tumeur et les dimensions de la bouche. Chez l'adulte cette dernière est spacieuse et permet au néoplasme d'atteindre un volume assez considérable sans causer de troubles appréciables. Chez l'enfant au contraire l'exiguïté de la cavité bucco-pharyngée rend cet obstacle particulièrement dangereux ; une tumeur relativement petite put, dans le cas de HICKMAN, déterminer la mort par asphyxie quelques heures après la naissance.

En général le premier signe accusé est une sensation de corps étranger dans l'arrière-gorge. Cette impression, que les malades comparent à celle produite par une parcelle alimentaire, les pousse à déglutir continuellement à vide et à exécuter des râclements du pharynx, semblables à ceux désignés par ESCAT sous le nom de hémage glosso-pharyngien.

Parallèlement aux mouvements répétés de déglutition apparaît une augmentation de la salivation.

Quand le volume augmente, la langue devient lourde et maladroite ; la mastication est gênée et la déglutition quelquefois difficile.

Les troubles vocaux manquent rarement et consti-

tuent souvent le premier signe remarqué. La voix d'abord embarrassée et nasonnée devient plus tard faible et voilée. Cette altération ne tient pas seulement à l'obstruction de l'isthme du gosier, mais aussi à l'entrave qu'apporte au jeu de la langue et du voile du palais cette tumeur volumineuse.

L'irritation exercée par les frottements de la tumeur sur l'épiglotte détermine fréquemment une toux pharyngienne sèche et quinteuse.

La gêne respiratoire peu prononcée le jour est plus accentuée la nuit et se traduit par du ronflement.

Les hémorragies sont fréquentes. Parfois très précoces, elles devancent tout autre manifestation. Elles surviennent particulièrement au moment des règles et sont en rapport avec la turgescence des veines qui accompagne la congestion menstruelle du goitre. Tantôt elles sont spontanées, tantôt elles sont consécutives à une éraillure des vaisseaux produite par un bol alimentaire volumineux et dur. Elles ne s'accompagnent jamais ni de toux ni d'efforts de vomissements. Elles s'arrêtent spontanément après un temps variable de quelques minutes à une demi-heure.

Signes physiques. — L'examen direct de la bouche est insuffisant, le goitre dissimulé derrière la voussure linguale échapperait certainement à ce mode d'investigation. L'emploi d'un abaisse-langue remédie en partie à cet inconvénient, mais cette méthode d'exploration ne permet pas de bien voir les caractères physiques de la tumeur. Il faut pour faire un examen complet avoir recours au miroir laryngoscopique.

Le goitre forme en arrière du V lingual, soit sur la ligne médiane, soit sur un côté, une masse saillante, irrégulièrement arrondie, quelquefois lobulée.

La muqueuse qui le recouvre est lisse et unie, jamais ulcérée ; sa couleur ou plus claire ou plus foncée que normalement tranche nettement sur les parties voisines ; par transparence elle laisse voir *un riche réseau de gros vaisseaux variqueux bleuâtres*.

La palpation permet de constater l'indolence complète de la tumeur, son irréductibilité et sa consistance. Nous avons insisté sur cette dernière au chapitre d'anatomie pathologique (p. 63).

La muqueuse est mobile et glisse sur la masse sous-jacente si le goitre s'est développé dans le corps thyroïde : elle est fixe ou adhérente si la tumeur provient d'une formation aberrante.

Si la tumeur faisait saillie dans la région sus-hyoïdienne, la palpation montrerait sa situation profonde et l'absence complète de rapports avec les plans superficiels.

Il faudra toujours procéder à l'examen de la tumeur par le toucher buccal et la palpation sus-hyoïdienne combinés. La masse saisie de cette façon entre les deux mains, on a des renseignements précis sur son volume, ses connexions, sa consistance et son irréductibilité.

Il n'existe jamais d'adénopathie.

On devra pour terminer l'examen rechercher le corps thyroïde.

V

COMPLICATIONS

Les *hémorragies* manquent rarement dans le cortège symptomatique de ces goîtres et leur fréquence nous les a fait décrire parmi les signes ordinaires. Il est des cas rares où elles peuvent par leur répétition et leur abondance déterminer un état d'anémie grave et mettre en danger la vie du malade.

Les *troubles respiratoires* sont habituellement peu accentués. Mais quand la tumeur est volumineuse, saillante, très postérieure elle peut entraîner la base de la langue et tomber dans le pharynx, refoulant l'épiglotte et obstruant l'orifice laryngien. Cet accident survient la nuit pendant le décubitus dorsal. Peut-être se produit-il, plutôt, au moment des règles, sous l'influence de la congestion du goitre ou d'une hémorragie interstitielle ? Nous n'avons pu élucider nettement cette question. L'occlusion des voies respiratoires entraîne des accès de suffocation et, si elle se prolonge, des signes graves d'asphyxie.

L'inflammation n'a pas été observée.

Le *myxœdème* est une complication grave. Aucun auteur, à notre connaissance, n'a étudié ses rapports avec le goitre lingual. Ce syndrome accompagne toujours l'ectopie de la glande, et revêt toutes les formes de l'hypothyroïdisme. On a observé des cas de myxœdème congénital, avec arrêt de développement phy-

sique et psychique, où les malades véritables idiots myxœdémateux réalisaient au complet le triste tableau du crétinisme. Ordinairement il ne survient qu'au cours de la seconde enfance ou de l'adolescence ; l'état physique et intellectuel varie alors suivant l'âge où le sujet a été frappé et le degré de l'insuffisance thyroïdienne.

Qu'on nous permette une hypothèse sur les relations du goître lingual et du myxœdème. De nombreuses recherches ont démontré que les lésions goitreuses étaient capables de supprimer ou de diminuer la fonction thyroïdienne. La glande ectopiée ne peut-elle subir ce sort et voir son action physiologique détruite ou amoindrie par une thyroïdite hypertrophiante. Suivant l'âge auquel seront apparues les lésions et suivant leur importance, elles produiront l'idiotie myxœdémateuse de Bourneville ou l'infantilisme myxœdémateux de Brissaud à ses différents degrés.

VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du siège, quand les symptômes fonctionnels existent au complet, ne présente pas de difficulté. Le malade accuse tous les signes d'une tumeur rétro-linguale : sensation de corps étranger dans le pharynx, mouvements fréquents de déglutition, troubles vocaux, gêne respiratoire ; l'examen de la cavité buccale s'impose.

En dehors de ces conditions ordinaires, il est des cas

où l'hémorragie constitue la première et unique manifestation du goitre. Elle pourrait être confondue avec une hématomèse ou une hémoptysie si les commémoratifs ne suffisaient à dissiper en partie les doutes. Le rejet de sang par la bouche et les fosses nasales s'est produit sans quintes de toux ni efforts de vomissements et n'a été précédé d'aucun prodrome. Enfin l'examen négatif des poumons et de l'estomac guidera les recherches vers les voies digestives supérieures.

Le laryngoscope montre alors, en arrière du V lingual une tumeur saillante recouverte d'une muqueuse saine laissant voir par transparence de gros vaisseaux bleuâtres. Cette masse a évolué lentement sans provoquer de douleurs locales ou irradiées. Les ganglions cervicaux sont indemnes.

En présence de ces signes, on peut éliminer d'emblée les tumeurs malignes, à évolution beaucoup plus rapide, ulcérant vite la muqueuse qui les recouvre, déterminant une volumineuse adénopathie, s'accompagnant de douleurs locales et de douleurs irradiées dans la face, le cou et l'oreille.

Le diagnostic avec les tumeurs bénignes est plus délicat.

Lipomes. — Les lipomes sont excessivement rares, ils occupent bien la face dorsale de la langue mais de préférence sa partie antérieure. Leur développement est lent et leurs symptômes fonctionnels presque nuls. Ils sont lobulés et de consistance demi-fluctuante. On peut observer par transparence la coloration jaunâtre du tissu adipeux.

Fibromes. — Les fibromes, peu fréquents, se rencontrent plutôt chez l'homme. Ils sont indolents, à marche lente, leur consistance est dure et leur forme arrondie. D'abord sessiles ils ont une tendance marquée à se pédiculiser et affectent alors une forme polypoïde.

Angiomes. — Les angiomes sont formés de petites tumeurs violacées. Ils sont assez mal limités, mollasses, dépressibles et parfois entièrement réductibles. Ils se développent lentement et en raison de leur réductibilité présentent peu ou pas de troubles fonctionnels. Ils sont fréquemment le siège d'hémorragies.

Varices. — Les varices de la langue sont faciles à reconnaître. Elles ne déterminent aucun trouble fonctionnel et la palpation permet de constater l'absence de tumeur.

Hypertrophie de l'amygdale linguale. — L'hypertrophie de l'amygdale linguale se présente sous deux aspects différents, elle peut être disséminée ou en nappe. Dans le premier cas, quelques follicules seulement sont hypertrophiés, leur volume dépasse rarement celui d'un noyau de cerise, entre eux la muqueuse recouvre un glacis veineux bleuâtre. Dans le second, plusieurs follicules agglomérés forment une masse muriforme, divisée en lobes par des sillons remplis d'un exsudat pseudo-membraneux.

Cette affection se reconnaît aisément à l'examen laryngoscopique. Le toucher montrerait en cas de doute que cette tumeur est superficielle et ne pénètre pas dans le tissu lingual.

Accidents secondaires.— Des manifestations secondaires de la syphilis sur l'amygdale linguale, l'hypertrophie seule pourrait prêter à confusion avec le goître. Ses signes à peu près semblables à ceux de l'hypertrophie simple et la coïncidence d'autres accidents spécifiques éviteraient toute erreur.

Gommes syphilitiques.— Les gommes de la langue sont fréquentes et siègent souvent sur les côtés de la base. Elles se présentent au début comme de véritables tumeurs dures soulevant la muqueuse saine. Il est rare de trouver une gomme unique, on en rencontre habituellement deux ou trois et même davantage. A la palpation, il semble selon l'expression de RICORD « que la langue soit rembourrée de noisettes ». Elles se ramollissent rapidement, se creusent de pertuis et s'ulcèrent. Elles ne déterminent jamais d'adénopathie, avant l'ulcération. Si les commémoratifs manquent, ce qui est fréquent, en présence d'une gomme unique au début, le diagnostic pourra présenter quelques difficultés.

Tuberculose.— L'hypertrophie tuberculeuse de l'amygdale linguale présente les mêmes caractères que l'hypertrophie simple.

Les tuberculomes de la base de la langue sont exceptionnels, leur ramollissement rapide et leur ulcération les feront aisément reconnaître.

Kystes.— *Les kystes du canal thyro-glosse* sont particulièrement difficiles à différencier du goître lingual.

Ces tumeurs ont la même origine embryonnaire. Leur évolution est semblable : longtemps silencieuses, elles se développent insidieusement jusqu'à la puberté

et augmentent alors de volume. Leur accroissement détermine les mêmes signes fonctionnels.

Quand le kyste a atteint un certain volume il devient fluctuant, tandis que le goitre est résistant et élastique.

Dans deux cas, le diagnostic peut être fort embarrassant :

a) Le kyste très tendu et profondément situé ne présente pas de fluctuation.

b) Le goitre est kystique.

La présence d'un lacis variqueux entourant la tumeur et l'absence de corps thyroïde sont des signes précieux en faveur du goitre.

Si ces signes font défaut la ponction exploratrice seule peut lever les doutes.

Ces kystes sont formés par une paroi résistante. La surface interne quelquefois lisse et unie est plus souvent irrégulière. Ils contiennent un liquide visqueux, filant, comparable à du blanc d'œuf ou encore à du mucus utérin ou nasal (MORESTIN).

L'épithélium est constitué par des cellules allongées présentant une petite extrémité tournée vers la paroi et une grosse en forme de plateau finement strié qui regarde la cavité du kyste. Très fréquemment la surface libre de ces cellules est couverte de cils vibratiles (CHEMIN).

Ces cellules se détachent et tombent dans la cavité kystique. Leur présence dans le liquide ponctionné et les caractères de ce liquide trancheront le diagnostic.

Il faudra toujours se rappeler que ces ponctions sont dangereuses dans les goitres. Elles déterminent des hémorragies profuses, que rend redoutables l'impossibilité de pratiquer l'hémostase.

Les *kystes dermoïdes* sont à peine connus.

Les *kystes hydatiques* sont extrêmement rares.

Les *kystes lymphatiques* sont aussi très rares et coïncident généralement avec d'autres lésions de même nature (macroglossie, lymphangiome).

VII

ÉVOLUTION

L'évolution de ces goîtres est excessivement lente, et le début de l'affection passe toujours inaperçu. Ils peuvent rester ignorés, ne manifestant leur présence par aucun signe et n'être qu'une trouvaille d'examen ou d'autopsie ; le goitre de notre première malade fut une surprise d'examen laryngoscopique ; la malade de STÆLIN mourut sans avoir jamais soupçonné sa tumeur. Dans les cas mieux connus, après une longue période de latence, ils augmentent plus rapidement de volume ; cet accroissement paraît tout particulièrement se faire par poussées sous l'influence des congestions menstruelles.

Un fait remarquable est la faible intensité des troubles ressentis par rapport au volume de la tumeur. Les malades s'inquiètent peu de la gêne légère éprouvée au début ; quand les symptômes fonctionnels les incommode au point de les conduire au praticien le goitre atteint ordinairement la grosseur d'une noix. Assez souvent, il augmente progressivement de volume et il est nécessaire de l'extirper pour parer aux complications.

VII

TRAITEMENT

Les traitements médicaux les plus variés ont été successivement essayés contre ces tumeurs ; aucun d'eux n'a été suivi de résultats appréciables.

Les médications générales thyroïdienne, iodée et arsenicale sont restées sans effet.

Les injections modificatrices et les badigeonnages avec des substances irritantes, teinture d'iode ou chlorure de zinc n'ont pas donné de résultats plus encourageants. Les injections provoquent presque toujours d'abondantes hémorragies et, souvent répétées, deviennent un véritable danger.

Les cautérisations peuvent aussi être suivies d'hémorragies ; elles déterminent ordinairement de la dysphagie pendant deux ou trois jours ; comme l'électrolyse, elles n'ont pu entraver le développement du goitre.

Ces différents essais thérapeutiques sont complètement abandonnés actuellement, ils ont cédé la place à l'intervention chirurgicale.

Les indications opératoires sont subordonnées au développement de la tumeur, à l'intensité des troubles fonctionnels et à la fréquence des hémorragies.

L'absence de corps thyroïde sera une contre indication formelle à l'exérèse totale.

Ce que nous avons dit de la pathogénie de ces tumeurs explique bien les cas de myxœdème post-

opératoire observés. Il sera facile à l'avenir, connaissant cette disposition, d'éviter cette triste complication. Quand la palpation révélera l'absence de corps thyroïde au cou, quand il existera des signes même très frustes de myxœdème, la gravité des troubles commandera seule l'intervention et on ne devra jamais pratiquer une extirpation complète. Jacques a pu éviter les suites fâcheuses de la cachexie strumiprive en laissant en place un fragment de la tumeur.

Nous allons étudier les différents procédés opératoires employés pour l'ablation de ces goîtres.

Nous ne citerons que pour mémoire l'écrasement à la pince et la section à l'anse galvanique, procédés aveugles auxquels on doit préférer l'extirpation.

Trois voies ont été suivies par les auteurs qui ont procédé à l'ablation de ces tumeurs : la voie buccale, la voie sus-hyoïdienne et la voie trans-hyoïdienne.

Voie buccale. — Ce procédé permet d'aborder le goître par sa face muqueuse, il est le plus simple et a réuni le plus de suffrages.

PARKER, BUTTLIN, COLLINS-WARREN, BABER, ILRAITH, SELDOWITSH, KRASKE, SCHALDE, WASTON, GAUDIER l'ont employé sans trachéotomie préventive; BUTTLIN, LYMPIUS, REINTJES, GALISH après trachéotomie.

La bouche est largement ouverte et la langue fortement attirée au dehors au point de faire saillir la tumeur entre les incisives. On obtient ce résultat par le procédé ordinaire des tractions à l'aide d'une forte pince, celle de Museux par exemple. GAUDIER préconise la méthode suivante : Au moyen d'une grande

aiguille de HACHEDORN très courbe on passe sous la masse, en plein tissu lingual, et aussi loin que possible de ses limites, un fort fil de soie plate. Pendant l'opération, ce fil servira à exercer des tractions sur la base même de la langue. Après l'ablation, il permettra de faire une hémostase rapide en rapprochant les deux lèvres de la plaie.

Quand la tumeur est bien apparente entre les arcades dentaires, on pratique une incision longitudinale de la muqueuse qui la recouvre. Si elle est encapsulée, on trouve facilement un plan de clivage suivant lequel elle se laisse énucléer. Dans le cas contraire, elle est fortement adhérente aux tissus environnants, il faut avoir recours au bistouri ou aux ciseaux et tailler en pleine masse linguale pour faire une extirpation complète.

La plaie opératoire saigne abondamment, on fait une hémostase soignée.

Si elle est trop abondante, on resèque une partie de la muqueuse et on suture au catgut ou à la soie fine. La réunion s'obtient ordinairement par première intention.

Après cette opération, le malade fera de fréquents lavages antiseptiques de la bouche et sera soumis pendant quelques jours à un régime exclusivement liquide.

GORIS (1) en 1901 imagina un autre procédé par la voie buccale :

1. GORIS. *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 1902, page 315

D'abord crico trachéotomie en un temps, avec canule trachéale permettant la respiration et la chloroformisation.

« Puis je pratiquai, dit-il une incision courbe au plancher de la bouche, en arrière de la symphyse du menton, jusques et y compris une partie de l'épaisseur des muscles génio-glosses, ce qui me permit d'attirer la langue bien loin hors de la bouche au moyen d'une érigne implantée au-devant de la tumeur, laquelle, de cette façon, arriva près de l'arcade alvéolaire.

« Je divisai ensuite la muqueuse même de la tumeur par deux incisions formant une ellipse dont les extrémités dépassaient le néoplasme en avant et en arrière, puis, écartant les deux lambeaux de muqueuse préalablement libérés à leur face profonde, j'enlevai en deux coups de scalpel la tumeur avec le tissu musculaire sous-jacent. La ligature des deux dorsales de la langue, la suture de la muqueuse et des muscles du plancher en avant terminèrent cette opération, très simple, qui ne prit que quelques minutes. La canule trachéale fut enlevée le quatrième jour et la malade quitta guérie ma clinique le sixième. »

Cette méthode n'a été suivie par aucun autre chirurgien et il nous est bien difficile d'établir sa valeur sur ce seul cas. Nous croyons cependant qu'une brèche aussi profonde pratiquée dans un milieu très septique doit difficilement échapper à l'infection.

Voie sus-hyoïdienne. — Ce procédé consiste à pratiquer une incision médiane et verticale allant du bord inférieur de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde.

On sectionne ensuite le mylohyoïdien et on récline les génio-glosses de chaque côté. Un aide introduit un doigt dans la bouche et refoule la tumeur dans la plaie opératoire. La tumeur extirpée comme précédemment, on procède à l'hémostase et à la suture.

Ce procédé employé par LUCKE, BERNAYS et WINSLOW a le grand défaut de donner trop peu de jour. C'est pour pallier à cet inconvénient que WOLF agrandit le champ opératoire par la section médiane du maxillaire inférieur.

Notre maître, M. SEBILEAU, a montré et nous a enseigné quel profit on peut retirer de l'ostéotomie médiane de la mandibule dans les opérations sur les plans les plus reculés de la cavité buccale et l'oro-pharynx. Dans le cas qui nous intéresse, un semblable délabrement est tout à fait inutile. Cette manœuvre aggrave considérablement l'acte opératoire et nous sommes peu surpris que WOLF n'ait pas trouvé d'imitateurs.

Voie trans-hyoïdienne.— L'ostéotomie de l'os hyoïde fut imaginée par GUSSENBAUER en 1801. Pratiquée par GALISH en 1887 pour l'extirpation d'une tumeur thyroïdienne de la langue, elle fut rajeunie et mise au point par VALLAS (1). Nous empruntons à ce dernier la description de son manuel opératoire.

« Dans un premier temps, on fait l'incision de la peau. Cette incision, médiane et verticale, part du bord postérieur de la symphyse mentonnière et s'arrête à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. La section de la

1. VALLAS. *Revue de chirurgie*, 10 mai 1900.

peau et du tissu cellulaire sous-cutané se fait du même coup. Sur la ligne médiane on ne trouve pas de fibres du peaucier. Les vaisseaux sont insignifiants.

« Dans un second temps, on procède à la dénudation du corps hyoïdien. L'aponévrose cervicale superficielle étant incisée, on sépare au bistouri ou avec la sonde cannelée le muscle mylohyoïdien en deux parties latérales, de façon à dégager le bord supérieur de l'hyoïde sur la ligne médiane où doit porter la section. Une ou deux artérioles peuvent saigner à ce moment. Il n'y a pas à se préoccuper du bord inférieur qui est libre.

« L'hyoïde, bien visible au fond de la plaie, est alors sectionné dans un troisième temps. L'ostéotomie se fait très simplement avec une simple cisaille de Liston. Quand elle est terminée, les deux moitiés s'écartent légèrement l'une de l'autre entraînant avec elles les fibres du mylo-hyoïdien dont la séparation en deux parties s'accuse légèrement. En plaçant sur chaque lèvre un écarteur, on accentue l'écartement qui peut facilement être porté à 4 centimètres. »

Cette méthode permet d'avoir un vaste champ opératoire. On arrive facilement sur la base de la langue, la tumeur saisie et attirée au moyen de pincés est énuclée ou disséquée.

Est-il nécessaire de suturer les fragments de l'os hyoïde ? VALLAS ne croit pas cette réunion bien utile. GAUDIER fait remarquer avec juste raison que cette suture qui complique peu l'opération met le chirurgien en garde contre une consolidation vicieuse possible.

Après la réunion osseuse, on suture la plaie comme

l'a fait VALLAS en laissant un petit drain à la partie déclive. Le drain est retiré le troisième ou le quatrième jour après l'opération.

Telles sont les différentes techniques opératoires employées pour pratiquer l'extirpation des tumeurs thyroïdiennes de la base de la langue. Il nous reste à étudier les avantages et les défauts de ces méthodes.

Nous ne reparlerons pas de l'écrasement ou de la section à l'anse. Nous avons passé en revue les désavantages de la voie sus-hyoïdienne et de l'incision endobuccale de Goris, nous n'y reviendrons pas.

Le choix des deux procédés qui nous restent à examiner, la voie buccale directe et la voie trans-hyoïdienne, sera subordonné à la grandeur de la bouche, au siège et au volume de la tumeur.

Celle-ci est-elle petite, superficielle, située près des papilles caliciformes, la bouche est-elle large? on choisira la voie buccale. La langue se laisse bien attirer sous l'influence de fortes tractions et le chirurgien opère presque au grand jour. On évite une cicatrice apparente d'autant plus appréhendée des malades, que cette opération se pratique ordinairement chez des femmes jeunes. La réunion semble se faire rapidement par première intention; il nous paraît cependant sage de faire des réserves sur l'infection possible.

La tumeur est-elle volumineuse, pré-épiglottique, profondément située, la bouche est-elle petite? on suivra la voie trans-hyoïdienne. Le champ opératoire est stérile, la cavité se draine bien, les chances d'infection sont donc réduites au minimum.

Les suites opératoires sont bénignes. La dysphagie très prononcée aussitôt après l'opération disparaît au bout de quelques jours. L'embarras de la parole est de courte durée. Il ne pourrait subsister d'altération de la voix que dans le cas où la section hyoïdienne n'aurait pas été suivie de suture immédiate.

Les muscles de la langue ont alors perdu leur principal point d'appui et leur jeu se trouve considérablement gêné.

La récidive n'a lieu que si l'extirpation est incomplète.

L'utilité de la trachéotomie préventive a été fort discutée. Quelques opérateurs seulement ont eu recours à elle ; le plus grand nombre craignant d'augmenter le shock opératoire ou redoutant les complications ultérieures ont préféré s'en abstenir. Pour parer à l'afflux du sang dans les voies aériennes les premiers se servaient d'une canule de TRENDELENBURG ou obturaient le pharynx avec un tampon de gaze ; les seconds plaçaient simplement le sujet dans la position de ROSE.

Pour pratiquer l'ablation de la tumeur par la voie buccale, il nous paraît préférable d'avoir recours à la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Cette opération est facile, rapide et ne provoque pas d'hémorragie, car cette région est très peu vascularisée. Le retrait de la canule aussitôt après l'opération et la réunion immédiate éviteront toute complication possible. Cette opération permet le tamponnement du pharynx et l'anesthésie par la canule. Elle supprime les dangers d'asphyxie et facilite la tâche de l'opérateur, qui ne se

trouve plus gêné ou interrompu par la chloroformisation. En un mot, elle réunit tous les avantages de la trachéotomie sans présenter un seul de ses dangers.

Nous croyons devoir citer ici un heureux complément de la laryngotomie intererico-thyroïdienne. Nous voulons parler d'un appareil imaginé par MM. SEBILEAU et LEMAITRE. Ce dispositif branché sur l'appareil de Ricard permet au chloroformisateur de se tenir éloigné de la zone opératoire tout en dosant la quantité de chloroforme administré.

Nous empruntons à M. SEBILEAU (1) la description de son dispositif : « C'est un petit appareil tubulaire qui peut s'adapter à une canule de trachéotomie ordinaire ou encore à la canule-trocart de Butlin-Poirier.

Après avoir pratiqué soit une trachéotomie ordinaire, soit une laryngotomie intererico-thyroïdienne, on monte sur la canule mise en place un petit tube à trois branches. La branche inférieure s'adapte sur l'orifice de la canule, qu'elle doit obturer le plus complètement possible ; la branche moyenne communique par un caoutchouc souple et fin avec la soupape d'aspiration de l'appareil Ricard ; la branche supérieure est la partie importante du tube : elle remplace la soupape d'échappement du Ricard. Une simple petite rondelle en argent ou en aluminium sert à cet effet : suivant sa situation haute ou basse, elle permet ou empêche l'arrivée de l'air extérieur.

1. SEBILEAU. *Présentation d'instruments*, Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 10 novembre 1908, p. 1131.

Lorsque le sujet est dans le décubitus dorsal, l'action de la pesanteur empêche toute communication entre le tube (et du fait même, l'appareil respiratoire) et l'extérieur. L'inspiration ajoute son action à celle de la pesanteur : aussi, lors de l'inspiration, la soupape du Ricard peut se soulever facilement et les vapeurs de chloroforme pénétrer dans les voies respiratoires. Par contre, le moindre effort d'expiration soulève d'autant mieux la petite rondelle, que celle-ci, très rapprochée de l'orifice trachéal, est extrêmement légère.

Grâce à ce dispositif, dont le jeu des soupapes n'est autre que celui de l'appareil Ricard, le chloroforme est administré pour ainsi dire automatiquement : souvent il suffit, après avoir plongé le malade dans un état de narcose profonde, de laisser ouverts les quatre trous de l'appareil Ricard. La surveillance se fait par le bruit rythmique et régulier des soupapes et de temps à autre par l'examen de la pupille. »

Contre le myxœdème, qu'il soit spontané ou post-opératoire, on emploiera le traitement thyroïdien.

CONCLUSIONS

I. — Les goitres de la base de la langue ont leur origine :

a). — Soit dans les restes de l'ébauche thyroïdienne médiane ;

b). — Soit dans le corps thyroïde ectopié et inclus dans la racine de la langue ; c'est alors une anomalie ressortissant à une perturbation de la glande au cours de son évolution.

II. — Ils présentent toutes les variétés histologiques des goitres ordinaires.

III. — Comme ces derniers, ils sont beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Absolument indolents, ils ne manifestent leur présence que par les signes communs à toutes les tumeurs bénignes de la base de la langue. Ces signes sont le résultat de l'obstruction de l'oro-pharynx et se traduisent par une gêne :

a). — De la déglutition ;

b). — De la phonation ;

c). — De la respiration.

Ces goîtres forment, en arrière du V lingual, une tuméfaction arrondie, recouverte d'une muqueuse lisse et unie, très vascularisée, jamais ulcérée. Leur consistance habituellement élastique varie avec leur constitution.

Ils sont souvent le siège d'hémorragies et ne s'accompagnent jamais d'adénopathie.

IV. — Leur marche est toujours très lente et tout à fait silencieuse durant les premières années. Ils peuvent évoluer plus tard suivant deux modes différents :

a). — Sous l'influence de causes mal déterminées, après cette longue période de latence, la tumeur augmente assez rapidement de volume et sa présence est décelée par les troubles mécaniques que produit l'obstruction pharyngée.

b). — La tumeur reste stationnaire et n'atteint pas un volume suffisant pour déterminer des symptômes fonctionnels. Elle reste ignorée et peut n'être qu'une trouvaille d'examen laryngoscopique ou d'autopsie.

V. — Le diagnostic se fait facilement grâce au *laryngoscope* ; il ne peut offrir de grandes difficultés qu'avec certains kystes du canal thyro-glosse. Dans les cas où le goitre lingual s'accompagne d'accidents de myxœdème et coïncide avec l'absence de corps thyroïde le doute n'est plus permis.

VI. — Les complications sont dues à l'exagération de deux symptômes : hémorragies et gêne respiratoire ; il peut également exister une diminution des fonctions thyroïdiennes.

a). — Les hémorragies, par leur répétition et leur abondance, plongent parfois le malade dans un état d'anémie grave.

b). — Les goîtres volumineux peuvent déterminer pendant le sommeil des crises d'asphyxie par obstruction des voies respiratoires.

c). — Le myxœdème coïncide habituellement avec l'absence de corps thyroïde et semble être une complication particulière aux cas d'ectopie de la glande. Il revêt tous les degrés de l'hypothyroïdisme, depuis l'idiotie myxœdémateuse de BOURNEVILLE jusqu'aux formes les plus atténuées.

VII. — Les différents traitements médicaux essayés contre le développement de ces tumeurs n'ayant donné aucun résultat, l'extirpation reste la seule intervention.

Cette opération ne sera commandée que par l'importance des troubles fonctionnels.

a). — Quand le corps thyroïde semble normal on doit pratiquer l'exérèse totale pour éviter une récédive possible.

b). — Si la palpation ne permet pas de découvrir le corps thyroïde, s'il existe des signes même très frustes de myxœdème, le chirurgien, poussé par les dangers que fait courir au malade le volume de la tumeur ou la gravité des hémorragies, ne pratiquera qu'une extir-

pation partielle. Il pourra éviter la cachexie strumiprive en laissant en place un fragment de la tumeur.

Contre le myxœdème (spontané ou opératoire) on aura recours au traitement thyroïdien.

Vu : le Président de la thèse

QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARMEILLA. — *Le goitre lingual*. Thèse de Lyon, 1900.
- ASCHOFF. — *Über einen Fall von angeborenen Schilddrüsenmangel*, Medizinische Gesellschaft Göttingen. Deutsche med. Wochen, 1899.
- BENJAMINS. — *Een struma op den wortel van de tong*. Nederl. Tidsch. voor Genesk., 1899, t. II, p. 194.
- BÉRARD. — *Nouveau traité de chirurgie. LE DENTU ET DELBET. Corps thyroïde*. Fasc XX, p. 308.
- BÉRARD ET CHALIER. — *Les tumeurs solides et kystiques du tractus thyroïdologique*. Archives générales de médecine. Janvier 1908, p. 1.
- BERNAYS. — *The origin of the foramen cæcum linguale, as shown by an operation on a rare tumour of the root of the tongue*. Saint-Louis medical and surgical journal, okt. 1888, p. 201.
- BUTLIN. — *On two cases of glandular tumour of the tongue*. Clinical societys Transact., 1890, vol 23, p. 118, and Brit. medical Journal, 1890, p. 545.
- CHEMIN. — *Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne médiane*. Thèse Bordeaux, 1895.
- COLLINS WARREN. — *A case of enlarged accessory tyroïd gland at the base of the tongue*. The American Journal of the medical Sciences. Okt. 1892, p. 377.

- CRESWEL BABER. — *Adénome de la langue*. Communication à la Société de laryngologie de Londres, 10 oct. 1894. *Britisch. Med. Journ.*, 1894, II, p. 921.
- CURTIS ET GAUDIER. — *Un cas de goitre lingual*. Revue hebdomadaire de laryngologie. Bordeaux, 1902, I, p. 417.
- DUNDAS GRANT. — *Tumour of the pharyngo-glossus, not malignant; possibly of the nature of a dermoid or accessory thyroid*. Proceedings of the laryngological society of London. In the Journal of Laryngologie, rhinologie and otology, 1907, p. 356.
- GALISCH. — *Struma accessoria baseos linguæ*. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Band XXXIX, 1894, p. 560.
- GAUDIER ET CHEVALLIER. — Deux cas de goitre de la base de la langue. *Echo médical du Nord*, août 1902, p. 397.
- GAUDIER ET CHEVALLIER. — *Tumeur thyroïdienne de la base de la langue*. Communication faite à la Société belge-d'oto-rhino-laryngologie. Séance du 1^{er} juin 1902, *In Presse*, oto-laryngologique belge, janvier 1903, p. 28.
- GORIS. — *Un cas de tumeur thyroïdienne de la base de la langue; extirpation par les voies naturelles, guérison*. Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1902, p. 315.
- GRUBER. — *Ueber die glandula thyroïdea accessoria*. Virchow's, Archiv. Bd LXVI, p. 447.
- HANSZEL. — *Ein seltner Tumor des Zungengrundes*. Archiv. für Laryngologie. Bd 14, p. 144.
- HICKMANN. — *Congenital tumour of the base of the tongue passing down the epiglottis on the larynx and causing death by suffocation sixteen hours after birth*. Pathological transactions, 1869, vol. 20, p. 160.
- HIS. — *Anatomie der Menschlichen Embryonen*. Leipzig, 1885.
- ILRAITH. — *Notes on a case of accessory thyroid gland projecting into the mouth*. Brit. med. journ. 1^{er} dec. 1894, p. 1234.
- JACQUES. — *Deux cas de goitres linguaux*. Revue médicale de l'Est, avril 1906, p. 182.

- LYMPIUS. — *Struma accessoria der Zungenbasis*. Deutsche, Zeit. für Chir., 1897, Bd XLIV, p. 451.
- MERTEN. — Archiv. für Anatomie und Physiologie, 1879, p. 483.
- MEIXNER. — *Zwei Fälle von Struma baseos linguae*. Deut. Zeit. für Chir. 1905, Bd 78, p. 1.
- MEYJES. — *Un cas de thyroïde accessoire à la base de la langue*. Société belge d'otologie, 1899. p. 86.
- MIXTER. — *Accessory thyroïd at base of tongue*. Massachussets general Hospital. August. 9, 1895.
- ONODI. — *Struma accessoria am Zungengrunde*. Archiv. für Laryngologie. Bd 13, p. 448.
- PARKER. — *Tubular adenoma of root and dorsum of tongue*. Pathol. transact., 1881, vol. 32, p. 238.
- PRENANT. — *Contribution à l'étude du développement du thy-mus et de la glande thyroïde*. La Cellule, 1894.
- POWERS. — *Tumor at foramen cæcum of tongue; thyroïd gland*. Annals of surgery, 1894, p. 77.
- QUENSEL. — *Ein fall von struma accessoria baseos linguae*. Nordisk medicinskt Arkiv. 1905, 12, p. 5.
- QUÉNU. — *Les arcs branchiaux chez l'homme*. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
- REINTJÈS. — *Un cas de thyroïde accessoire de la base de la langue*. Nederl. Gessel. für Hals, mai 1898.
- SELDOWITSH. — *Ein Fall von struma accessoria baseos linguae; Entstehung eines Myxoedems nach Entfernung derselben*. Centralbl. für chir. Bd XXIV, 1897, p. 499.
- SMITH. — *Accessory thyroïd of the posterior third of the tongue*. New-York med. journ., 29 okt. 1904, p. 818.
- STÆLIN. — *Zur Kasuistik der accessorischen Schilddrüse*. Jahrbücher der Hambürgischen staatskrankenaustalten, 1891-1892, p. 413.
- STORRS. — *Lingual goitre. Accessory thyroïd at the base of the tongue*. Ann. surg. Philadelphia, 1904, p. 323.
- TEWELES. — *Ein Fall von struma der Zungenwurzel*. Wien, Klin, Woch., 1902, n° 8.
- THEISEN. — *Case of accessory thyroïd tumor at the base of the tongue*. Albany medical Annals, 1901, vol 22., p. 537

- VALLAS. — *De l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde*. Revue de chirurgie, 1900, I, p. 623.
- VON CHAMISSO. — *Die struma der Zungenwurzel*. Beiträge zur Klin. Chir., 1897, Bd XIX, p. 281.
- WINSLOW. — *Accessory thyroid tumor situated at the base of the tongue*, New-York med. journ., 13 août 1904.
- WOLF. — *Ein Fall von accessorischer Schilddrüse*. Langenbecks Archiv. Bd XXXIX, p. 224.